

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

RAMONE APARECIDA PRZENYCZKA

CONFLITOS ÉTICOS NO CUIDADO DOMICILIAR DE ENFERMAGEM

CURITIBA
2011

RAMONE APARECIDA PRZENYCZKA

CONFLITOS ÉTICOS NO CUIDADO DOMICILIAR DE ENFERMAGEM

Dissertação apresentada como requisito parcial à obtenção do grau de mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de Concentração – Prática Profissional de Enfermagem na linha de pesquisa Políticas e Práticas: de Educação, Saúde, Enfermagem – Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná.

Orientadora: Dr.^a Maria Ribeiro Lacerda

Coorientadora: Dr.^a Rita de Cássia Chamma

CURITIBA
2011

FICHA CATALOGRÁFICA

Przenyczka, Ramone Aparecida.

Conflitos éticos no cuidado domiciliar de Enfermagem / Ramone Aparecida Przenyczka. Curitiba, 2011.
165 f.: il. 30 cm.

Orientadora: Dr.^a Maria Ribeiro Lacerda.

Coorientadora: Dr.^a Rita de Cássia Chamma.

Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Área de Concentração: Prática Profissional de Enfermagem. Setor de Ciências da Saúde. Universidade Federal do Paraná.

1. Enfermagem. 2. Assistência domiciliar. 3. Ética. 4. Prática profissional. 5. Pesquisa qualitativa. I. Lacerda, Maria Ribeiro. II. Título.


TERMO DE APROVAÇÃO

RAMONE APARECIDA PRZENYCZKA

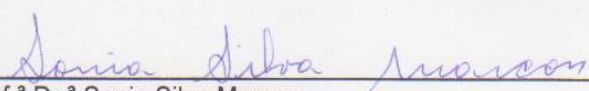
CONFLITOS ÉTICOS NO CUIDADO DOMICILIAR DE ENFERMAGEM

Dissertação aprovada como requisito parcial para obtenção do Título de Mestre em Enfermagem, Área de concentração Prática Profissional de Enfermagem, do Programa de Pós-Graduação Mestrado em Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde, da Universidade Federal do Paraná, pela seguinte banca examinadora:

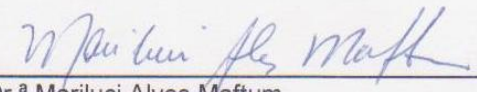
Orientadora:


Prof.ª Dr.ª Maria Ribeiro Lacerda

Presidente da Banca: Universidade Federal do Paraná - UFPR


Prof.ª Dr.ª Sonia Silva Marcon

Membro Titular: Universidade Estadual de Maringá


Prof.ª Dr.ª Mariluci Alves Maftum

Membro Titular: Universidade Federal do Paraná - UFPR

Curitiba, 19 de dezembro de 2011.

Aos meus pais, Romão e Vera, e minha querida irmã, Romara.

AGRADECIMENTOS

A Deus, que não me abandona.

Aos meus pais, que de tudo fizeram para proporcionar meus estudos desde sempre.

À Dr.^a Maria Ribeiro Lacerda, pela compreensão e paciência nos momentos mais difíceis durante os dois anos de Mestrado, pela orientação científica durante esta pesquisa, pelo estímulo fornecido em todos os trabalhos realizados, pela contribuição com meu aprendizado desde a graduação em Enfermagem, pela confiança em me ter como orientanda durante todos esses anos, pelo carinho em determinados momentos de minha vida particular.

À Dr.^a Rita de Cássia Chamma, por sua coorientação.

Às professoras do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Paraná.

Aos integrantes da banca para a sustentação deste trabalho, que aceitaram prontamente o convite.

A minha melhor amiga, Fabiana Nathalie, por sua amizade e pelo auxílio na diagramação deste trabalho.

À Doutoranda Luciane Favero, pela contribuição realizada neste trabalho.

Ao Núcleo de Estudos, Pesquisa e Extensão em Cuidado Humano em Enfermagem (Nepeche).

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes), pelo apoio financeiro.

RESUMO

PRZENYCZKA, R. A. **Conflitos éticos no cuidado domiciliar de Enfermagem**. 165 f. Dissertação (Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2011.

A Enfermagem domiciliar está crescendo e com ela a necessidade de se examinar o padrão ético relacionado. O estudo da ética, na área da saúde, ainda é escasso e, em maior grau, na Enfermagem domiciliar. Assim, o objetivo desta pesquisa foi desenvolver um modelo teórico que contemple a vivência de conflitos éticos por enfermeiros no cuidado domiciliar. Trata-se de pesquisa qualitativa que utilizou como método a Teoria Fundamentada nos Dados. Foram entrevistados, por meio de entrevista semiestruturada, vinte e um enfermeiros que atuam no cuidado domiciliar há pelo menos um ano, subdivididos em três grupos amostrais. O primeiro grupo foi composto por nove enfermeiros de Unidades de Saúde com Estratégia Saúde da Família; o segundo foi formado por sete enfermeiros que trabalham em empresas privadas de *home care*; e o terceiro grupo amostral constituiu-se de cinco enfermeiros que atuam de forma autônoma no cuidado domiciliar. A coleta e análise simultânea dos dados ocorreram de outubro de 2010 a julho de 2011. O modelo teórico utilizado para interpretar o fenômeno “Vivenciando conflitos éticos no cuidado domiciliar de Enfermagem” foi o “seis C’s” adaptado, proposto por Glaser. A categoria central do fenômeno eleita foi “Reconhecendo os conflitos éticos em sentido amplo”, sendo que a mesma possui um contexto especificado na categoria “Contextualizando a ética na prática profissional”, causas em “Gênese dos conflitos éticos”, uma contingência em “Encontrando dificuldades para a resolução de conflitos éticos”, condições intervenientes em “Buscando estratégias para a resolução de conflitos éticos” as consequências na categoria “Implicações da vivência de conflitos éticos”. O modelo teórico admitiu visualizar que diferentes conflitos éticos são vividos pelos enfermeiros, que os mesmos possuem uma origem em questões sociais e profissionais, que óbices são encontrados como os ligados à formação, à profissão, à equipe, ao paciente/familiar e a outras instâncias; apesar disso, os profissionais adotam diferentes maneiras para a dissolução dos conflitos como são exemplos as estratégias subjetivas, institucionais e a rede de apoio; e que, como resultado, os enfermeiros necessitam de mais prática, eles conseguem diferenciar as situações vivenciadas no domicílio das de uma instituição hospitalar, expressam sentimentos positivos e negativos, resolvem os conflitos e registram os mesmos. Por fim, novos estudos devem ser concretizados sobre o assunto e considera-se que os enfermeiros devem realizar sua prática pautados nos princípios éticos da profissão.

Palavras-chave: Enfermagem. Assistência domiciliar. Ética. Prática profissional. Pesquisa qualitativa.

ABSTRACT

PRZENYCZKA, R. A. **Ethical conflicts in nursing home care.** 165 f. Dissertation (Nursing) - Program of Graduation in Nursing. Federal University of Paraná, Curitiba, 2011.

Nursing home care has been growing, so is the need to examine the related ethical standard. Ethics study in the nursing area is still scanty, and in a higher degree, in nursing home care. Thus, this research aims to develop a theoretical model contemplating the ethical conflicts experienced by nurses in home care. It is a qualitative nursing study using grounded-theory methodology. Twenty-one (21) nurses, working in the home care area for at least one year, were interviewed by means of a semistructured interview, subdivided in three sampling groups. The first group entailed 9 nurses from health units with the Program of Family Health Strategy; the second group was taken up by 7 nurses from private home care agencies, and the third sampling group entailed 5 self-employed home care nurses. Simultaneous data collection and analysis were carried out from October, 2010 to July, 2011. The theoretical model used in order to interpret the phenomenon "Experiencing ethical conflicts in nursing home care" was the adapted "6 Cs" proposed by Glaser. The chosen core category of the phenomenon was "Acknowledging ethical conflicts in a broad sense", which has a specified context in the category "Contextualizing ethics in the professional practice", causes in "Emergence of ethical conflicts", a contingency in "Finding difficulties for the resolution of ethical conflicts", intervention conditions in "Searching for strategies to solve ethical conflicts", the consequences in the category "Implications of experience in ethical conflicts". The theoretical model enabled to elicit that different ethical conflicts are experienced by nurses, that they are originated in social and professional issues, that obstacles are found such as the ones related to the education, profession, the team, patient/family member and other instances; even so, professionals adopt different ways to solve conflicts, for example, subjective, institutional strategies and support networks; and that, consequently, nurses need more practice, they can distinguish home care situations from the ones at hospital settings, express positive and negative feelings, solve conflicts and report them. Concluding, further studies on the subject are necessary, and nurses are deemed to perform their practice guided by ethical principles in the profession.

Keywords: Nursing. Home Nursing. Ethics. Professional Practice. Qualitative research.

LISTA DE DIAGRAMAS

DIAGRAMA 1 – VIVENCIANDO CONFLITOS ÉTICOS NO CUIDADO DOMICILIAR DE ENFERMAGEM.....	66
DIAGRAMA 2 – CONTEXTUALIZANDO A ÉTICA NA PRÁTICA PROFISSIONAL.....	67
DIAGRAMA 3 – GÊNESE DOS CONFLITOS ÉTICOS.....	72
DIAGRAMA 4 – CONFLITOS ÉTICOS EM SENTIDO ESTRITO.....	78
DIAGRAMA 5 – DILEMAS ÉTICOS.....	91
DIAGRAMA 6 – ENCONTRANDO DIFICULDADES PARA A RESOLUÇÃO DE CONFLITOS ÉTICOS.....	95
DIAGRAMA 7 – BUSCANDO ESTRATÉGIAS PARA A RESOLUÇÃO DE CONFLITOS ÉTICOS.....	102
DIAGRAMA 8 – IMPLICAÇÕES DA VIVÊNCIA DE CONFLITOS ÉTICOS.....	112
DIAGRAMA 9 – MODELO TEÓRICO DE “VIVENCIANDO CONFLITOS ÉTICOS NO CUIDADO DOMICILIAR DE ENFERMAGEM”.....	124

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 – MODELO DE NOTA TEÓRICA.....	57
QUADRO 2 – MODELO DE NOTA METODOLÓGICA.....	57
QUADRO 3 – MODELO DE CATEGORIZAÇÃO.....	59
QUADRO 4 – CATEGORIAS, SUBCATEGORIAS E COMPONENTES NA CODIFICAÇÃO SUBSTANTIVA	61
QUADRO 5 – TEMAS E CATEGORIAS RELACIONADOS AOS SEIS C's NA CODIFICAÇÃO TEÓRICA	64

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	13
1.1 OBJETIVO.....	19
2 REVISÃO DE LITERATURA.....	20
2.1 BREVE EVOLUÇÃO HISTÓRICA E FILOSÓFICA DA ÉTICA.....	20
2.1.1 A Idade Antiga.....	20
2.1.2 A Idade Média.....	23
2.1.3 A Idade Moderna.....	25
2.1.4 A Idade Contemporânea.....	27
2.2 ÉTICA: CONCEITO, OBJETO, FINALIDADE.....	29
2.3 CONFLITOS E DILEMAS ÉTICOS NA ENFERMAGEM.....	32
2.4 CUIDADO DOMICILIAR À SAÚDE.....	35
2.4.1 Histórico do cuidado domiciliar.....	36
2.4.2 O cuidado domiciliar: conceitos e implicações.....	39
3 METODOLOGIA.....	46
3.1 TEORIA FUNDAMENTADA NOS DADOS.....	47
3.1.1 Amostragem teórica.....	50
3.1.2 Coleta de dados.....	53
3.1.3 Análise dos dados.....	56
3.1.3.1 Codificação substantiva.....	58
3.1.3.2 Codificação teórica.....	61
3.2 ASPECTOS ÉTICOS.....	65
4 APRESENTAÇÃO DOS DADOS.....	66
4.1 CONTEXTUALIZANDO A ÉTICA NA PRÁTICA PROFISSIONAL.....	67
4.1.1 Compreendendo a acepção de ética.....	67
4.1.2 Compreendendo o significado de dilemas éticos.....	70
4.2 GÊNESE DOS CONFLITOS ÉTICOS.....	72
4.2.1 Questões sociais.....	73
4.2.2 Questões profissionais.....	75
4.3 RECONHECENDO OS CONFLITOS ÉTICOS EM SENTIDO AMPLO.....	77

4.3.1 Conflitos éticos em sentido estrito.....	77
4.3.1.1 Extrapolando a competência profissional.....	78
4.3.1.2 Relacionamento com colega e/ou paciente/familiar.....	80
4.3.1.3 Violando o sigilo profissional.....	81
4.3.1.4 Preconceito.....	83
4.3.1.5 Violência.....	84
4.3.1.6 Aborto.....	88
4.3.1.7 Desrespeito entre os familiares.....	89
4.3.1.8 Morte.....	90
4.3.2 Dilemas éticos.....	91
4.3.2.1 Consentimento da família: quem respeitar?.....	92
4.3.2.2 Capacitação do cuidador: qual o limite?.....	93
4.3.2.3 Condições financeiras escassas: como proceder?.....	94
4.4 ENCONTRANDO DIFICULDADES PARA A RESOLUÇÃO DE CONFLITOS ÉTICOS.....	95
4.4.1 Dificuldades relacionadas à formação.....	96
4.4.2 Dificuldades relacionadas à profissão.....	97
4.4.3 Dificuldades relacionadas à equipe.....	98
4.4.4 Dificuldades relacionadas ao paciente/familiar.....	99
4.4.5 Dificuldades relacionadas a outras instâncias.....	100
4.5 BUSCANDO ESTRATÉGIAS PARA A RESOLUÇÃO DE CONFLITOS ÉTICOS.....	101
4.5.1 Estratégias próprias do cuidado domiciliar.....	102
4.5.2 Estratégias subjetivas.....	104
4.5.3 Estratégias institucionais.....	106
4.5.4 Rede de apoio.....	109
4.6 IMPLICAÇÕES DA VIVÊNCIA DE CONFLITOS ÉTICOS.....	111
4.6.1 Necessidade de prática.....	112
4.6.2 Diferenciando conflitos éticos institucionais dos domiciliares.....	113
4.6.3 Expressando sentimentos.....	115
4.6.4 Resolvendo os conflitos éticos.....	116
4.6.5 Registrando os conflitos éticos.....	117

5 DESENVOLVIMENTO DO MODELO TEÓRICO.....	118
6 DISCUSSÃO COM OS AUTORES.....	125
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	143
REFERÊNCIAS.....	147
APÊNDICES.....	160
ANEXO.....	164

1 INTRODUÇÃO

Nos últimos anos muita contenda houve, e ainda persiste, sobre o vertiginoso desenvolvimento técnico-científico e suas consequentes benesses para diferentes áreas de conhecimento, dentre as quais a da saúde e, mais especificamente, a da Enfermagem. Entrementes, há uma desproporção entre tal avanço e outro tema que se insurge e permeia toda essa área, qual seja, a ética, que até tem sido impugnada em artigos, livros, congressos e congêneres, mas que merece ser mais problematizada e refletida na prática dos profissionais.

Como bem assinalado, utiliza-se exacerbadamente a palavra ética, banalizando-se o seu uso, o que leva à diminuição de sua importância. Por isso, a necessidade de se questionar como pensar a ética hoje, diante da rápida evolução desordenada enfrentada pela sociedade (BOFF, 2003). Para tanto, é preciso discuti-la efetivamente desde cedo e não de forma descontextualizada e acrítica.

O estudo da ética não é tão comum dentro de instituições de saúde do Brasil. Conquanto existam algumas que possuam Comissões de Ética, inclusive específicas de Enfermagem, para tratar de assuntos afins, ele restringe-se ao meio acadêmico e, mesmo nesse, o tempo destinado ao assunto é ínfimo, dedicando-se maior lapso às outras disciplinas em detrimento da ética.

A propósito, Fernandes *et al.* (2008) registram que o progresso técnico-científico atinge de perto o indivíduo no seu ser ético, o que implica mudanças na dimensão ética do processo de formação do enfermeiro. Inclusive, as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) do Curso de Graduação em Enfermagem vêm exigindo uma educação destinada à formação de um profissional capacitado para atuar com senso de responsabilidade social, compromisso com a cidadania e para ser promotor da saúde integral do ser humano.

Uma vez erigida a necessidade do estudo da ética e o compromisso de se formar profissionais responsáveis, acordo esse realçado nas DCN do Curso de Enfermagem, cumpre elucidar o seu significado. Cortina (2009, p. 35) faz a interessante alusão ao tema: “a ética é uma incompreendida, e [...] essa incompreensão a está deixando sem tarefa, isto é, sem nada para fazer.

Simplemente porque ninguém sabe claramente o que fazer com ela.” Nessa perspectiva, é importante esclarecer o conceito que lhe é atribuído.

A ética pode ser conceituada como “teoria ou ciência do comportamento dos homens em sociedade” (VÁSQUEZ, 2008, p. 23). O autor sublinha nessa definição o caráter científico da disciplina; a ética é a ciência da moral e não a própria moral e, portanto, não pode ser reduzida a um conjunto de normas e prescrições (VÁSQUEZ, 2008). Por conseguinte, entendemos a ética como o estudo, a reflexão, a discussão sobre o modo de comportar-se dos homens e sobre suas relações entre si. Ela não é um conjunto de costumes, preceitos, leis ou resoluções que sujeitam a conduta dos homens em sociedade. A ética medita sobre as regras, sua necessidade, suas justificativas, porém, não prescreve, não ordena.

Em tempos remotos, a ética dedicava-se, principalmente, à ação individual e era estudada por filósofos e teólogos. Devido às transformações da sociedade, a primazia passou a ser o sujeito-social, com o envolvimento de pessoas em grupos comunitários, profissionais, associações de classe e outros (OGUISSO; SCHMIDT; FREITAS, 2010).

Hodiernamente, faz-se necessário, outrossim, considerar as questões éticas relacionadas às demandas de saúde, afinal, o processo saúde-doença não deve ser abordado somente por seus aspectos biologicistas. A ética permeia todas as áreas de atuação da Enfermagem, pois é intrínseca às ações humanas, sejam de trabalho ou não. No contexto dessa profissão, deve ser entendida para além do cumprimento de valores morais e de normas éticas e legais. Tem de ser percebida como meio e fim para se alcançar a excelência no cuidado prestado ao paciente e nas relações de trabalho com os demais profissionais.

Destaca-se que, na prática da Enfermagem, são assíduas as ocorrências que propiciam problemas éticos em razão de que os profissionais estão envoltos por circunstâncias conflituosas relacionadas ao paciente e/ou sua família, à profissão, à organização do trabalho, entre outros.

Tais problemas podem se constituir em um conflito ou dilema ético, que são termos distintos. Um conflito significa “colisão; choque; penoso estado mental devido a choque entre tendências opostas, e encontrado, em grau variável, em qualquer indivíduo” (FERREIRA, 2010, p. 555). Ou, também:

profunda falta de entendimento entre duas ou mais partes. Ocorrência concomitante de exigências, impulsos ou tendências antagônicas e mutuamente excludentes, e o estado daí decorrente. Ato, estado ou efeito de divergirem acentuadamente ou de se oporem duas ou mais coisas. (HOUAISS; VILLAR, 2009, p. 520).

Já o dilema é definido, por Ferreira (2009, p. 716), como um “raciocínio cuja premissa é alternativa, de sorte que qualquer de seus termos conduz à mesma consequência.” E, segundo Houaiss e Villar (2009, p. 686), trata-se de:

um raciocínio que parte de premissas contraditórias e mutuamente excludentes, mas que paradoxalmente terminam por fundamentar uma mesma conclusão; em um dilema ocorre a necessidade de escolha entre alternativas opostas A e B, que resultará em uma conclusão C, que se origina necessariamente tanto de A quanto de B.

Diante dos conceitos apresentados por dois dicionaristas de renome, vê-se que esses dois vocábulos preservam semelhanças entre si, ao menos, quando se descrevem choque entre tendências opostas ou antagônicas (no conflito) e raciocínio e escolha a partir de premissas diferentes (no dilema).

O conflito ético, tratado nesta pesquisa, diz respeito a uma colisão entre determinada ação ou omissão do profissional, do paciente ou de sua família e a ética. Significa ir contra preceitos éticos, brigar, colidir contra os mesmos. O dilema ético, por seu turno, acontece entre duas ou mais opções que envolvem uma situação ética, assim, o profissional ou o paciente está diante de mais de um caminho e tem que optar por um deles; nessa perspectiva, pode-se afirmar que ele possui um conflito, conflito esse entre duas ou mais possibilidades.

Por assim se considerar, versar-se-á sobre o conflito, doravante, como um termo genérico que abrange o dilema, sendo que este é um conflito particular que envolve, necessariamente, uma escolha. Chama-se a atenção para o fato de que esse entendimento não é específico desta pesquisa. Duarte e Lautert (2006) realizaram estudo sobre conflitos e dilemas éticos num Centro Cirúrgico e, para tanto, trataram do tema da mesma forma.

Freitas, Oguisso e Merighi (2006) relatam que a prevenção e o controle das ocorrências éticas exigem investimentos materiais e humanos e vontade política para implementar ações na dinâmica de trabalho. Todos os esforços dos enfermeiros seriam insuficientes para enfrentar ocorrências éticas, se não houvesse

um processo de parceria da instituição e dos profissionais da área da saúde, no sentido de se comprometerem, eticamente, com uma meta institucional e profissional de zelar pela integridade e pelo respeito aos direitos do paciente, do colega de trabalho e dos próprios direitos.

É manifesto que dentro de instituições de saúde é maior o controle sobre as questões éticas relacionadas com a prática dos profissionais de Enfermagem, porém o que fazer quando a atuação de profissionais se dá fora desse limite espacial? E não me refiro, apenas, à fiscalização do exercício profissional, por parte de empregadores ou dos órgãos de classe, mas, igualmente, aos questionamentos, de natureza ética, experimentados pelo paciente e família, dentro da residência, e que reclamam orientações, intervenções e apaniguamento de um profissional da saúde e, por óbvio, do enfermeiro.

No âmbito do cuidado domiciliar de Enfermagem, diferentes conhecimentos são imprescindíveis, dentre eles o ético. De tal modo, é importante citar uma revisão integrativa, feita a partir da produção científica da Enfermagem brasileira, que concluiu que durante a realização do cuidado domiciliar há o envolvimento de vários tipos de conhecimentos: o científico, presente em 100% dos estudos selecionados; o político em 63,4%; e o conhecimento ético, em terceiro lugar, revelado em 56,1% dos estudos (FAVERO *et al.*, 2009a).

Lacerda (2010), proficientemente, afirma que a Enfermagem domiciliar exige um trabalho sistematizado acentuado por comunicação, ética e respeito humano pela vivência das famílias. A mesma autora (2010) relata que é preciso o comprometimento ético da enfermeira, no sentido de ser advogada do paciente, e que tal papel implica o respeito à dignidade e aos direitos do ser humano durante o processo de trabalho.

É fato notório que a Enfermagem domiciliar está crescendo e com ela surge a necessidade de se examinar o padrão ético relacionado. Entendo que o estudo da ética, na área da saúde, ainda é defectivo e, em maior grau, na Enfermagem domiciliar. Destarte, explorar o tema proposto, qual seja, os conflitos éticos, entre os quais se incluem os dilemas, envolvidos no cuidado domiciliar de Enfermagem, é relevante por diferentes motivos.

O assunto, até então, é pouco discutido. São poucos os estudos sobre conflitos éticos na Enfermagem e aqueles sobre os dilemas são menores. Numa revisão sistemática realizada em 2010, 175 artigos foram encontrados com o termo “dilemas éticos” e, após análise, só 7 restaram. Muitos artigos foram excluídos porque, embora tratassem de ética, não consideraram um dilema ético (PRZENYCZKA *et al.*, 2011).

No cuidado domiciliar não há um panorama dessa situação. Conforme o mesmo estudo, os dilemas discutidos nas publicações envolveram: reanimação cardiopulmonar de paciente, hemotransfusão em Testemunhas de Jeová, prática da Enfermagem sem condições materiais, a continuidade ou não do tratamento de pacientes com paralisia cerebral grave (PRZENYCZKA *et al.*, 2011). Assim sendo, não foram mencionados trabalhos sobre dilemas éticos na esfera do domicílio.

Além disso, a ética está presente na prática da Enfermagem domiciliar e sua contemplação, dentro de instituições de saúde ou de ensino, ainda é escassa. Consoante Oguisso, Schmidt e Freitas (2010), a ética pode ajudar na reflexão de dilemas éticos e legais emergentes, respeitando-se as diferenças entre as pessoas, os grupos sociais e as diversidades culturais. Cabe enfatizar que o enfermeiro deve proteger e defender os direitos do paciente, assumindo integralmente a responsabilidade legal e profissional para com ele, assim como participar ativamente com os demais membros da equipe de saúde na realização de um cuidado com qualidade.

Soma-se a esses motivos o fato de que os resultados desta pesquisa podem beneficiar os profissionais do cuidado domiciliar de Enfermagem no entendimento e resolução dos problemas éticos que se apresentam no espaço da residência dos pacientes e, quiçá, mostrar caminhos para enfermeiros de outras áreas.

Os conflitos éticos são constantes na realidade dos enfermeiros e a dificuldade para resolvê-los está na mesma proporção. A literatura disponível é pouca para orientá-los e, não por isso, eles devem se deixar guiar por quaisquer decisões. Devem, sim, buscar estratégias para resolvê-los e lançar mão do apoio de outras pessoas. O enfermeiro não pode olvidar que sua conduta tem que estar pautada por um profundo respeito à vida do paciente em todos os seus aspectos.

Além dessas deferências que me fizeram identificar a necessidade de maiores estudos sobre a ética profissional do enfermeiro no contexto domiciliar, há um interesse particular. Formei-me em Direito e, enquanto acadêmica dessa faculdade, iniciei outra, a de Enfermagem na Universidade Federal do Paraná (UFPR). Dentro desse novo Curso de Graduação, apreendi diferentes conhecimentos sobre a Enfermagem, assim como suas aplicações em campo e, em razão da excelência do corpo docente da instituição, procurei exercer minha prática de forma mais reflexiva.

Nesse contexto, no tempo em que estudava na graduação, voltei-me para questões éticas e legais no âmbito da Enfermagem. Sendo assim, fui monitora da Disciplina de Ética e Legislação Aplicada à Enfermagem. Em seguida, participei, por dois anos, de um projeto de iniciação científica denominado “Os profissionais de saúde e o cuidado domiciliar no Programa de Saúde da Família”, sob a orientação da Professora Doutora Maria Ribeiro Lacerda, referência em cuidado domiciliar. Pude, então, no Trabalho de Conclusão de Curso (Monografia), conciliar ambas as temáticas e realizei a pesquisa “Dilemas éticos no ensino do cuidado (de Enfermagem) para o cuidador domiciliar” que revelou importantes dilemas na área.

Após iniciar minha atividade profissional em um hospital, percebi que os problemas éticos se apresentavam rotineiramente no meu processo de trabalho, nas diferentes relações com o paciente, com outros profissionais e com a própria instituição. Exemplificadamente, presenciei demandas quanto à revelação de diagnósticos a pacientes, à hemotransfusão sanguínea em Testemunhas de Jeová, à reanimação cardiopulmonar de pacientes terminais, à falta de autonomia profissional, à revelação de segredos, entre outras. E, embora tendo desenvolvido estudos sobre o tema, algumas questões eram de difícil solução, enquanto que outras eram insolúveis.

Essa dificuldade instigou-me a adquirir mais conhecimento sobre a ética na Enfermagem, principalmente no cuidado domiciliar, área na qual essa temática é pouco estudada. Por essa forma, como o interesse pelo assunto permaneceu, ao ingressar no Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFPR, optei pela linha de pesquisa “Políticas e práticas: de educação, saúde,

Enfermagem”, da qual faz parte a Dr.^a Maria Ribeiro Lacerda, para dar continuidade aos estudos sobre a ética na prática da Enfermagem no cuidado domiciliar.

Isso posto, desenvolvi esta pesquisa com a seguinte questão norteadora: Como os enfermeiros vivenciam os conflitos éticos no âmbito do cuidado domiciliar?

Para respondê-la, foi proposto o seguinte objetivo:

1.1 OBJETIVO

- Desenvolver um modelo teórico que contemple a vivência de conflitos éticos por enfermeiros no cuidado domiciliar.

2 REVISÃO DE LITERATURA

Devido às implicações que o assunto ocasiona, é necessária a análise sobre determinados conceitos e questões relativas à ética, aos dilemas e conflitos éticos na Enfermagem e ao cuidado domiciliar de Enfermagem. Para tanto, exibem-se algumas considerações sobre tais temas que tendem a facilitar a compreensão do problema.

2.1 BREVE EVOLUÇÃO HISTÓRICA E FILOSÓFICA DA ÉTICA

Sendo um capítulo que se propõe a realizar uma abordagem histórica, é preciso tornar claro o corte temporal contemplado. Essa empreitada abrangerá todos os períodos da história ocidental, iniciando-se no século IV a.C. com Sócrates, na Idade Antiga, pois foi quando a ética começou a ser abordada, e término na Idade Contemporânea porquanto é necessário conhecer como a ética é entendida atualmente.

Exibir a evolução histórica e filosófica da ética apresenta-se importante para o entendimento de seu conceito e dos elementos que influenciam suas percepções na época presente.

O tema será explorado a partir do pensamento de apenas alguns filósofos e na medida necessária. Assim, optou-se pelos expoentes de cada um dos períodos que são constantemente citados em diferentes obras.

2.1.1 A Idade Antiga

A ética é objeto de estudo há muito tempo e, por óbvio, sua concepção e visão mudaram ao longo da história. Na Antiguidade, ela não era abordada e conhecida da mesma forma que nos dias atuais, mas, certamente, alguns de seus

traços foram mantidos. Entrementes, se pensarmos na ética como o conjunto de valores de uma pessoa e não como ponderação filosófica, pode-se afirmar que ela esteve presente muito antes de se chegar à Idade Antiga, afinal, a conduta do homem era motivada por valores que lhe eram relevantes.

Na Antiguidade, antes da origem da Filosofia, as explicações sobre o mundo e a vida se davam por meio de mitos. Contudo, em aproximadamente 600 a.C., rompe-se com essa concepção mítica, pois nasceu a Filosofia na Grécia e seus filósofos procuraram provar que os mitos não eram confiáveis. Os primeiros filósofos gregos, designados filósofos da natureza, ocuparam-se com as causas naturais para os fenômenos da natureza e investigavam, portanto, o mundo físico (GAARDER, 1995).

As doutrinas éticas se desenvolvem em diferentes épocas como respostas aos problemas apresentados pelas relações humanas (VÁSQUEZ, 2008). E foi quando o homem tornou-se tema de reflexão filosófica que a Filosofia se ocupou com as questões da ética (PEGORARO, 2006), particularmente em Atenas (VÁSQUEZ, 2008).

Grandes filósofos desse período foram Sócrates, Platão e Aristóteles, cujas contribuições incluem o interesse pelo homem e seu lugar na sociedade, o uso da razão, a preocupação com a política, a lógica, a sistematização do conhecimento ordenado em diversas ciências e a ética, entre outros assuntos (GAARDER, 1995).

Sócrates discutiu a ética no contexto da vida política de Atenas, relacionando-a com o bem, a virtude, o valor da pessoa e da sociedade (PEGORARO, 2006). Como os atenienses confundiam fatos e valores morais porque não sabiam os motivos pelos quais valorizavam certas coisas, Sócrates os forçava a indagar sobre a origem e a essência dos valores, refutando meras opiniões (CHAUI, 2009). Sua ética era racionalista e nela eram encontradas: uma concepção do bem (como felicidade da alma) e do bom (como o útil para a felicidade); a tese da virtude como conhecimento, e do vício como ignorância; a proposição segundo a qual a virtude pode ser ensinada. Para o filósofo, o homem age corretamente quando conhece o bem e, uma vez conhecendo-o, não pode deixar de praticá-lo; realizando o bem é dono de si e, assim, feliz (VÁSQUEZ, 2008).

Seu discípulo, Platão, não deixou um tratado específico sobre o assunto, porém sua obra tem um sentido ético observado nos temas da justiça individual e social. No sistema platônico, a justiça é a virtude fundamental e é atingida quando as três classes sociais (trabalhadores, guerreiros e magistrados) e os elementos constitutivos do homem (razão, paixão, apetite) são hierarquicamente ordenados e subordinados (PEGORARO, 2006). Em sua ética transparece o desprezo pelo trabalho físico e, por isso, os artesãos ocupam um degrau inferior, enquanto se exaltam atividades superiores como a contemplação, a política e a guerra. Não há lugar no Estado para os escravos porque desprovidos de virtudes morais e direitos cívicos (VÁSQUEZ, 2008).

Platão foi mentor de Aristóteles (384-322 a.C.) que, por sua vez, é o fundador da disciplina filosófica a que se deu o nome de ética (PAIM, 2003). Segundo Aristóteles, a ética possui as seguintes características: é natural, porque emerge da estrutura biológica dos homens; é finalista, porque, em todas as suas ações, o homem visa alcançar um bem; é racional, pois só é possível atingir esse bem por meio da razão; constitui-se de heteronomia, uma vez que o homem não nasce ético, somente com a repetição de ações se torna virtuoso, portanto, a ética vem de fora, da natureza (PEGORARO, 2006).

A ética de Aristóteles está unida à filosofia política, pois, para ele, a comunidade social e política é o meio necessário da moral. O homem é um ser social e enquanto homem só pode viver na *polis*. Sendo assim, não pode ter uma vida moral sem viver em sociedade. Porém, a vida moral não é um fim em si mesmo, mas um meio para uma vida verdadeiramente humana. No entanto, essa vida só é possível à elite, sendo que a maior parte da população (os escravos) estava excluída (VÁSQUEZ, 2008).

Em síntese, na obra de Aristóteles está fixado que a virtude não é obrigatória, é uma conquista, uma aquisição; exige pré-requisitos e apresenta-se de forma diferente em relação a certos papéis sociais; está associada ao saber, isto é, à cultura (PAIM, 2003); e a felicidade é o fim da conduta humana, a partir da natureza racional do homem (ABBAGNANO, 2007).

De forma geral, o pensamento ético dos filósofos antigos tem como principais aspectos o racionalismo (o homem virtuoso age com a razão), o

naturalismo (age-se de acordo com nossa natureza) e a inseparabilidade entre ética e política (CHAUI, 2009). A ética grega exige requisitos e mostra-se diferente em relação aos papéis sociais existentes, achando-se vinculada ao saber (PAIM, 2003).

Na época helenística, ainda na Idade Antiga, houve a fusão da cultura grega com a oriental. O helenismo voltou-se para as necessidades do indivíduo e a Filosofia ocupou-se, também, com a ética e a busca pela felicidade explicada de diferentes formas pelas variadas escolas como dos cínicos, estóicos e epicuristas (GAARDER, 1995).

Estoicismo e epicurismo surgem numa época de decadência e de crise social. Para ambos, a moral não mais se define em relação à *polis*, mas ao universo. Para os estóicos, o mundo possui Deus como princípio e só acontece o que Deus quer. Assim, o homem tem que aceitar o seu destino; o bem supremo é viver de acordo com a natureza, com a razão e com a consciência do nosso destino. Para os epicuristas, não há intervenção divina; o homem alcança o bem sem cair no temor do sobrenatural, encontrando em si ou com amigos a tranquilidade da alma e a autossuficiência (VÁSQUEZ, 2008).

2.1.2 A Idade Média

A Idade Média, período compreendido entre os anos de 476 e 1453, foi caracterizada pelo domínio da Igreja Católica na Europa, cuja economia era baseada no feudalismo. Numa época em que foram construídas as primeiras universidades, a Igreja, com crença baseada num único Deus, impediu a expansão da filosofia grega; mesmo assim, a cultura greco-romana foi transmitida, em parte, à cultura católica e árabe (GAARDER, 1995).

Com o Cristianismo foi dado o passo inicial para vincular a moralidade a um ideal de pessoa humana, isto é, o homem virtuoso (PAIM, 2003). Filósofos medievais ocuparam-se em analisar as contradições entre a Bíblia e a razão. Santo Agostinho, por exemplo, influenciado pelo neoplatonismo, que defendia que tudo o que existia era de natureza divina, mostrou que há limites para o alcance da razão

em questões religiosas e que a fé leva a Deus. Santo Tomás de Aquino tentou conciliar a filosofia de Aristóteles (adotando sua lógica, filosofia do conhecimento e da natureza) com o Cristianismo e, segundo ele, não há contradição inevitável entre a filosofia ou razão e a revelação cristã ou fé (GAARDER, 1995).

Na Idade Média o poder foi exercido pela Igreja que monopolizou a vida intelectual e, sendo assim, a ética é impregnada de um conteúdo religioso. A ética cristã partiu de verdades reveladas a respeito de Deus, de Suas relações com o homem e da obediência e sujeição aos Seus mandamentos (VÁSQUEZ, 2008). Se na Idade Antiga a ética era pensada em termos políticos, da *polis*, na Idade Média ela foi entendida por sua relação com Deus.

As virtudes valorizadas na Antiguidade foram a prudência, a fortaleza, a temperança, a justiça. A doutrina cristã valorizou a fé, a esperança, a caridade, que são as virtudes supremas ou teológicas. O Cristianismo introduziu uma ideia de riqueza moral: a da igualdade dos homens. Essa mensagem foi lançada num mundo que vivia uma espantosa desigualdade: a divisão entre escravos e homens livres, ou entre servos e senhores feudais (VÁSQUEZ, 2008).

Apesar das desigualdades do mundo real, o Cristianismo deu aos homens, até mesmo aos oprimidos, a consciência da sua igualdade. Sendo assim, a igualdade era mais espiritual ou para o amanhã, num mundo sobrenatural (VÁSQUEZ, 2008).

Alguns autores denominaram de ética de salvação a doutrina moral formulada durante a Idade Média, para destacar que, no processo de reelaboração da ética grega, deu-se precedência à vida eterna. A conquista da virtude na terra seria um requisito essencial à obtenção da paz interior após a morte. Esse aspecto é importante na medida em que serve para enfatizar o caráter do elemento novo aparecido na época do Renascimento: a religião protestante que iria dissociar a salvação do comportamento terreno. Agora, ao homem, só resta cumprir a lei moral, não se credenciando à salvação pela obra que poderá, no máximo, servir como indício (PAIM, 2003).

2.1.3 A Idade Moderna

A Idade Moderna compreende o período de 1453 a 1789. Antes de adentrar nele é mister relatar que o mesmo foi precedido pelo Renascimento. Este não é um período específico, mas um movimento de transição entre a Idade Média para a Idade Moderna, quando foi redescoberta a cultura da Antiguidade. O homem voltou a ser o centro e podia explorar e agir na natureza, motivo pelo qual se fala no humanismo renascentista. Descobertas marítimas, passagem da economia de subsistência para a monetária, confirmação da teoria heliocêntrica do universo por Copérnico, entre outras importantes revelações (trajetória elíptica dos planetas, Leis da Inércia e da Gravitação Universal) culminaram com a Reforma Protestante (GAARDER, 1995).

Não é fácil encontrar um denominador comum para as doutrinas éticas nessa época, mas destaca-se a tendência antropocêntrica em contraste com a ética teocêntrica da Idade Média (VÁSQUEZ, 2008).

A Idade Moderna compreendeu movimentos como o Barroco, o Iluminismo e o Romantismo. O Barroco evidenciou-se por grandes conflitos entre protestantes e católicos, pela busca do poder político e consolidação progressiva do materialismo, em oposição ao idealismo, mediante uma nova ciência da natureza defensora da redução da realidade a substâncias materiais concretas. Para vencer o ceticismo filosófico, filósofos prenderam sua atenção à capacidade da razão humana para conhecer e demonstrar a verdade dos conhecimentos. Em oposição aos racionalistas, como Descartes e Espinosa que consideravam que o fundamento de todo o conhecimento humano residia na razão, os empiristas (como Locke, Berkeley e Hume) achavam que todo o conhecimento sobre o mundo provinha da experiência sensível (GAARDER, 1995).

O Iluminismo destacou: o racionalismo, único guia da sabedoria; o regresso à natureza, principalmente, com Rousseau; o Cristianismo humanista que tentava harmonizar a religião com a razão natural dos homens; a luta pelos direitos humanos. Muitas dessas novas afirmações contribuíram para uma revolta contra as autoridades que culminou com Revolução Francesa de 1789 (GAARDER, 1995).

No Romantismo, que durou até parte do século XIX, o indivíduo tinha liberdade de criação e de expressão. Co-existiram duas formas de Romantismo: o universal que se preocupou com a natureza, a alma universal e o gênio artístico; e o nacional que se interessava pela história do povo, sua língua e por toda cultura popular (GAARDER, 1995).

Vê-se que no mundo moderno tudo contribuiu para uma ética fundamentada no homem cujo ponto culminante está na ética de Kant (VÁSQUEZ, 2008). É um período com importantes pensadores como Hume, Voltaire, Rousseau, Kant e outros. Como visto, a ética exige um sujeito autônomo e, evidentemente, que o Cristianismo, pela ideia do dever, não atende a esse requisito. Os filósofos seguintes tentam resolver essa dificuldade.

Segundo Rousseau, a consciência moral é inata, nós nascemos bons, mas essa bondade natural é pervertida pela sociedade. E o cumprimento do dever apenas nos força a recordar nossa boa natureza originária. Portanto, não se trata de uma imposição externa, pois quando obedecemos ao dever, obedecemos a nós mesmos (CHAUI, 2009).

De acordo com Kant, o homem é responsável por seus atos e tem consciência de seu dever, fato que o obriga a supor que é livre. O homem age por respeito ao dever e não obedece a outra lei a não ser a que lhe dita sua consciência moral. Para ele, os homens são fins em si mesmos e, como tais, formam parte do mundo da liberdade (VÁSQUEZ, 2008). Ao contrário de Rousseau, afirmou que a consciência moral não é inata, na verdade, nascemos egoístas, agressivos. Instituímos valores morais pelo exercício da razão, portanto o dever é a expressão de nossa liberdade. Nós buscamos na razão o que é ético e moral; sendo assim, se seguimos imposições morais, seguimos nossa razão, então, existe liberdade (CHAUI, 2009). Trata-se de uma ética formal (tem de postular um dever para todos, independentemente da situação social) e autônoma (opõe-se às morais heterônomas nas quais a lei que rege a consciência vem de fora) (VÁSQUEZ, 2008).

Apesar dessas deferências, Kant e Rousseau deixaram de considerar que as relações pessoais entre indivíduos são determinadas por suas relações sociais. Deram mais atenção à relação entre sujeito humano e natureza do que entre sujeito humano e cultura ou história (CHAUI, 2009).

2.1.4 A Idade Contemporânea

Segue-se a Idade Contemporânea, meio do século XIX até os dias atuais, quando se tem diferentes posições filosóficas que foram expostas por alguns de seus maiores pensadores, cada um em sua área de investigação (GAARDER, 1995).

A ética contemporânea surgiu numa época de vários progressos científicos e técnicos que questionam a própria existência da humanidade, em razão da ameaça que seus usos destruidores acarretam. Filosoficamente, a ética se apresenta como uma reação contra o formalismo e o universalismo kantiano em favor de um homem concreto; contra o racionalismo absoluto e em favor do reconhecimento do irracional no comportamento humano; contra a fundamentação transcendente da ética e em favor da procura da sua origem no próprio homem (VÁSQUEZ, 2008). Didaticamente, pode-se estudar a ética contemporânea por meio de muitas doutrinas diferentes, dentre as quais foram selecionadas as que se seguem.

Uma delas compreende filósofos existencialistas como Kierkegaard e Sartre. Para Kierkegaard, pai do existencialismo, o que importa é o homem concreto e sua subjetividade porque o indivíduo existe unicamente no seu comportamento plenamente subjetivo. Apesar disso, o indivíduo deve pautar seu comportamento por normas gerais e, por isso, perde em subjetividade (VÁSQUEZ, 2008).

Para Sartre, também existencialista, cada indivíduo escolhe livremente e, ao fazer isso, cria o seu valor. Assim, não existem valores objetivamente fundados, cada um cria os valores e normas que guiam seus comportamentos. E o que determina o valor de cada ato não é o seu fim nem seu conteúdo, mas o grau de liberdade com que se realiza. A liberdade é o valor supremo, o valioso é escolher livremente. Na sua ética o homem se define por sua liberdade de escolha e pelo caráter singular dessa escolha (VÁSQUEZ, 2008).

Segundo Sartre, a liberdade é a escolha incondicional que o homem faz de seu ser e de seu mundo. Quando alguém julga estar sob o poder de forças externas mais poderosas que a própria vontade, esse julgamento é uma decisão livre, afinal, outros homens, nas mesmas circunstâncias, podem não se curvar (CHAUI, 2009).

Outra doutrina é a do pragmatismo, marcado pelo egoísmo. Os valores e normas são esvaziados de conteúdo objetivo e o valor do bom varia de acordo com cada situação; são rejeitadas normas objetivas (VÁSQUEZ, 2008). A teoria pragmática define o conhecimento verdadeiro por um critério que não é teórico e, sim, prático. Assim, a verdade é sempre verdade se é obtida por indução e por experimentação; além disso, um conhecimento é verdadeiro não só quando explica algo, mas quando obtém consequências práticas e aplicáveis (CHAUI, 2009).

Cita-se, ainda, uma terceira corrente, a psiquiátrica e psicoterapêutica, cujo representante é Freud. Segundo ele, o comportamento moral do homem obedece a forças ou impulsos que escapam ao controle da sua consciência (VÁSQUEZ, 2008).

A descoberta do inconsciente traz resultados graves para as ideias de consciência responsável, vontade livre e valores morais. Do ponto de vista do inconsciente, mentir, matar, roubar são simplesmente amorais, pois o inconsciente não conhece valores morais. No caso específico da ética, a psicanálise mostrou que uma das fontes dos sofrimentos psíquicos, causa de doenças e de perturbações mentais, é o rigor excessivo do superego (censura moral, interiorizada pelo sujeito, que absorve os valores de sua sociedade) que produz um ideal do ego (valores e fins éticos) irrealizável, torturando psiquicamente aqueles que não conseguem alcançá-lo (CHAUI, 2009).

Desse modo, em lugar da ética há violência. Violência da sociedade, que exige dos sujeitos padrões de conduta impossíveis de serem realizados. Violência dos sujeitos para com a sociedade, pois somente transgredindo os valores estabelecidos poderão sobreviver (CHAUI, 2009).

Para encerrar toda a matéria sobre a evolução histórica da ética, Paim (2003, p. 13), em suma, traz como principais modelos éticos:

- I. *A ética grega*, segundo a qual a virtude não é obrigatória, exigindo pré-requisitos e apresentando-se de forma distinta em relação a certos papéis sociais, achando-se associada ao saber.
- II. *A ética de salvação*, elaborada durante a Idade Média, assim denominada por ter interpretado a ética grega de ângulo teológico, dando precedência à vida eterna.
- III. *A ética social*, elaborada nas nações protestantes, na Época Moderna, com o propósito de fixar critérios para a incorporação de princípios morais à sociedade, já que a moralidade básica é entendida como sendo individual e dizendo respeito a uma relação com o Criador que não admite mediações.

IV. *A ética do dever*, formulada por Kant, que circunscreve o problema ético ao da fundamentação da moral, preconizando uma solução racional, sem recurso à divindade.

V. *A ética eclética*, que se propõe conciliar o racionalismo kantiano com a simultânea admissão de inclinações morais nos homens, adotada pelos neotomistas.

VI. *A ética dos fins absolutos*, segundo a qual "os fins justificam os meios", que, sem abdicar dos pressupostos cientificistas que a fazem renascer na Época Moderna, veio a ser encampada pelos marxistas.

VII. *A ética de responsabilidade*, proposta por Max Weber, que pretende fazer renascer a tradição kantiana, no que diz respeito à eliminação da dependência à religião, reelaborando-a para abandonar os vínculos que porventura tivesse estabelecido com a suposição de uma sociedade racional.

2.2 ÉTICA: CONCEITO, OBJETO, FINALIDADE

A ética, do latim *ethica*, denota ciência da conduta (ABBAGNANO, 2007) e, do grego *ethos*, compreende as relações sociais em que o homem nasce e se desenvolve (FREITAS, 2005), sendo denominada, também, como filosofia moral (CHAUI, 2009). A moral, por sua vez, vem do latim *mos*, "costume", no sentido de conjunto de normas ou regras adquiridas por hábito. *Ethos* e *mos* assentam-se num modo de comportamento que não corresponde a uma disposição natural, mas que é adquirido por hábito. Vê-se que o significado etimológico de moral e de ética não fornecem o significado atual dos dois termos (VÁSQUEZ, 2008).

Em diversas situações os indivíduos se defrontam com a necessidade de basear o seu comportamento em normas que julgam mais apropriadas, cumprem determinados atos, formulam juízos e se servem de argumentos que justificam as decisões tomadas. Trata-se de um comportamento humano prático-moral, mas, além desse, os homens refletem sobre o mesmo, tomam-no como objeto de reflexão. Passa-se do plano da prática moral para o da teoria moral, para a esfera dos problemas teórico-morais ou éticos (VÁSQUEZ, 2008).

A reflexão vinculada ao agir humano e que se expressa em juízos prescritivos, portanto, é a moral. Um segundo nível reflexivo acerca dos juízos, códigos e ações morais já existentes chama-se ética (CORTINA, 2009). São

importantes tais afirmações porque a mesma, por vezes, é utilizada como sinônimo de moral.

A ética, sendo assim, é uma das subdivisões da filosofia que estuda os juízos de apreciação da conduta humana, compreende os comportamentos que caracterizam uma cultura ou um grupo profissional (OGUISSO; SCHMIDT; FREITAS, 2010). Ela surge quando se discute os costumes e a compreensão do caráter de cada pessoa, ou seja, seu senso e consciência morais (CHAUI, 2009). Cortina (2009, p. 65), por sua vez, sustenta que “é o saber do prático”.

A moral, assim, é contemplada como um fenômeno que se manifesta primordialmente por uma linguagem formada por expressões como “justo”, “injusto”, “mentira”, “lealdade” etc. Tem como características: realização da vida feliz; ajustamento a normas humanas; aptidão para solução de conflitos; aptidão para ser solidário; assunção de princípios universais que nos permitem avaliar as concepções morais dos outros e da própria comunidade (CORTINA; MARTÍNEZ, 2005).

Em síntese, quando alguém enfrenta uma situação real, deverá resolver por si mesmo, com a ajuda de norma que reconhece e aceita. De nada adianta recorrer à ética para encontrar uma norma de ação, pois ela poderá dizer-lhe o que é um comportamento baseado em normas, ou em que consiste o fim visado pelo comportamento moral. O problema do que fazer numa situação da vida cotidiana é um problema prático-moral e não teórico-ético (VÁSQUEZ, 2008).

Pode-se inferir que o uso social dessas duas palavras não a deslindam, visto que na linguagem comum e na aplicação desta à reflexão filosófica, ambas são utilizadas de forma indistinta. A ética se diferencia da moral por não estar presa à determinada imagem do homem aceita por certo grupo (CORTINA, 2009).

Éticas tradicionais partem da ideia de que a missão do teórico é dizer aos homens o que devem fazer, ditando-lhes normas para pautar seu comportamento. Modernamente, a função da ética é a de explicar determinada realidade, elaborando os conceitos correspondentes. Seu objeto, portanto, é a realidade humana que se chama moral, constituída por atos humanos (VÁSQUEZ, 2008).

Da mesma forma, Cortina (2009, p. 67) elucida que “porque a tarefa da ética consiste em esclarecer o fundamento pelo qual os juízos morais se apresentam com pretensões de necessidade e universalidade que seu objeto se funde na forma da

moralidade.” Em outras palavras, é dizer que seu objeto envolve o dever relacionado às ações expressas por juízos morais.

Examinados conceito e objeto, sobeja a finalidade da ética. Esta trata de esclarecer se está de acordo com a racionalidade humana ater-se à obrigação universal expressa nos juízos morais, ou seja, é proporcionar procedimento lógico que permita discernir quando um conteúdo convém à forma moral (CORTINA, 2009).

Na construção de uma profissão, pode-se reconhecer o ideal ético que a orienta a partir das teorias, das crenças, dos paradigmas e da análise dos objetivos propostos, dos conceitos que a fundamentam, de suas formas de escolher, formalizar e exercitar os conhecimentos considerados necessários para o seu exercício (MAFFIOLETTI; LOYOLA, 2003).

Eventualmente, podem ocorrer conflitos entre os valores pessoais ou culturais do enfermeiro com aqueles de outros profissionais ou do paciente. Nesse caso, as diretrizes ético-profissionais devem ser suficientes para dirimir a questão, tendo em vista que os valores pessoais, religiosos ou culturais do enfermeiro não podem se sobrepor aos direitos do paciente (OGUISSO; SCHMIDT; FREITAS, 2010).

Esses conflitos podem levar a dilemas éticos. Estes podem causar sofrimento e confusão em pacientes e provedores de cuidados. A controvérsia é a natureza dos problemas da ética, e para superá-la e determinar um curso de ação, as questões éticas são processadas com cuidados. Processar um dilema ético requer negociação de diferenças, incorporação de ideias conflitantes e um esforço para se respeitar distintas opiniões. Essa negociação pode ser em parte uma maneira de se entender ambiguidades (POTTER; PERRY, 2005).

A formação generalista do enfermeiro enfatiza o contexto histórico-ético-legal da profissão, sendo importante acompanhar a evolução da legislação da Enfermagem (leis, decretos, resoluções, pareceres, projetos de lei) que interferem na delimitação dos espaços de atuação profissional do enfermeiro (OGUISSO; SCHMIDT; FREITAS, 2010).

Apesar do conceito sobre ética profissional estar em constante evolução, está claro que ela não significa apenas uma moral do bem e do mal e, sim, um meio de direcionar as ações de forma prudente tanto para profissionais quanto para os

pacientes no que diz respeito à integridade física e moral durante o cuidado prestado (GARRAFA, 2005).

2.3 CONFLITOS E DILEMAS ÉTICOS NA ENFERMAGEM

Não há muitos estudos que contemplem os dilemas e conflitos éticos vivenciados por profissionais da Enfermagem. Sendo assim, não se pode deixar de expor comentários sobre os poucos trabalhos realizados quanto a esse tema, até mesmo porque se revestem de grande interesse para essa área da saúde, por sua profundidade e mérito.

Para descrever e analisar julgamentos morais das enfermeiras, Coelho e Rodrigues (2006) realizaram estudo qualitativo com 28 enfermeiras; mediante a análise temática dos dados, o direito à informação foi descrito e, no conjunto, as respondentes basearam suas justificativas na ética normativa e deontológica.

Estudo identificou e analisou as implicações éticas oriundas das práticas de acolhimento em Unidades Básicas de Saúde (UBS) e seus reflexos na atenção à saúde dos usuários. Revelaram-se contextos permeados por conflitos éticos; distanciamentos técnicos e conceituais e limitações estruturais; diferenças entre o que se caracterizou como o desejo de se sentir acolhido com respeito e as frustrantes experiências vivenciadas nas UBS, as quais revelam situações de exclusão e negação do direito à saúde. Resumidamente, os resultados mostraram um revés na implementação do acolhimento com os princípios da universalidade, da integralidade e da garantia do direito à saúde (BREHMER; VERDI, 2010).

Freitas e Oguisso (2007) descreveram o perfil de profissionais de Enfermagem envolvidos em ocorrências éticas. Os resultados expuseram que a maioria das ocorrências envolveu profissionais do sexo feminino, sendo que a maioria foi comunicada à Comissão de Ética de Enfermagem da instituição pelos enfermeiros da mesma; parte significativa dos envolvidos encontra-se na faixa etária de 30 a 39 anos e, aproximadamente, metade deles eram auxiliares de Enfermagem; a jornada de trabalho de maior incidência das ocorrências é

correspondente a seis horas diárias, envolvendo profissionais com mais de três meses de vínculo empregatício na instituição alvo do estudo.

Chamma (2002), em seu estudo sobre dilemas éticos no processo ensino-aprendizagem de saúde mental e Enfermagem psiquiátrica, encontrou diversas situações de natureza ética como: internação involuntária, restrição da liberdade, contenção física sem indicação terapêutica, maus-tratos, furto de pertences e sujeição à eletroconvulsoterapia e outros tratamentos sem consentimento do paciente; abuso de poder; negligência e imprudência profissionais; preconceito; mentiras; abuso sexual de paciente por outro paciente; relacionamento sexual consentido entre pacientes; recusa de familiares na participação do tratamento; ausência de enfermeiro nos serviços de saúde e falta de condições mínimas para o exercício de Enfermagem.

Sua tese contempla, ainda, outras interrogações éticas, mas, a partir das citadas, dá para se ter uma noção da gravidade das situações encontradas. Além da gritante negligência profissional, existe um desrespeito muito grande com os direitos dos pacientes que, infelizmente, desconhecem algumas de suas faculdades legais.

A mesma autora aponta que a resolução de tais dilemas envolve um conflito entre os valores individuais e a submissão às normas e regras institucionais que dificultam a tomada de decisões. Além disso, são empecilhos para o enfrentamento o desconhecimento, o conformismo, a liberdade tolhida e o próprio medo dos profissionais nas diversas situações que se apresentam (CHAMMA, 2002).

Com o objetivo de revelar os dilemas éticos nos serviços de medicina diagnóstica, Taffner (2005) realizou um estudo fenomenológico que mostrou os seguintes dilemas referidos por enfermeiros: inclusão ou não de pacientes oncológicos em pesquisas clínicas; maus-tratos de mãe contra filhos; recusa, por parte de pacientes ou responsáveis, da realização de procedimentos por determinados profissionais; administração de medicação com dosagens inadequadas; coleta de exames de menor de idade que se recusa a fazê-lo e sem a autorização necessária; limites da competência legal de outros profissionais; falta de autonomia dos enfermeiros; e outros.

Nesse estudo, as decisões tomadas para a resolução dos dilemas incluem a participação de todos os envolvidos, ponderação do custo-benefício para o paciente,

prática humanizada, respeito à hierarquia institucional, cumprimento das normas da instituição, imparcialidade com a equipe (TAFFNER, 2005). Ressalta-se que, embora os profissionais devam certa obediência ao local onde trabalham, tal obediência não pode se sobrepor a leis e resoluções que regulam a profissão. Ao contrário, os profissionais devem reunir esforços para fazer cumprir o que é de direito.

No centro cirúrgico, Duarte (2004) identificou como principais dilemas éticos, vivenciados por enfermeiros, a falta de adequada infraestrutura dentro das instituições hospitalares para atender à demanda, o desrespeito aos pacientes e à enfermeira, erro da equipe, além de outros.

Novamente são registrados casos de erro e negligência profissionais e desrespeito aos pacientes. Importante lembrar que os profissionais devem estar comprometidos com a saúde das pessoas.

Relato de experiência, com o intuito de relatar o acompanhamento domiciliar e promover reflexão a respeito do dilema ético de cuidar de um paciente em fase terminal, concluiu que é preciso sentir a realidade do paciente, realizar uma abordagem interdisciplinar e voltar o olhar para um cuidado com qualidade de vida nos momentos finais (SOUZA; SOUZA; SOUZA, 2005).

Outro relato de experiência descreveu as dificuldades relacionadas aos primeiros socorros durante uma olimpíada estudantil e correlacionou a experiência vivida com aspectos técnicos, científicos e éticos recomendados para a atuação do enfermeiro. Mostrou-se o dilema entre dar continuidade ou não ao tratamento de atletas sem recursos materiais necessários às possíveis intervenções médicas por ocasião de algum dano sofrido (FRANÇA *et al.*, 2007).

Uma revisão identificou que os profissionais de saúde vivenciam dilemas éticos quando precisam administrar hemotransfusão em Testemunhas de Jeová. Isso se dá devido à liberdade religiosa não ser um valor absoluto e ocorrer uma colisão de direitos fundamentais que exigem uma tomada de decisão centrada no ordenamento jurídico e nos princípios bioéticos (FRANÇA; BAPTISTA; BRITO, 2008).

Estudo de abordagem qualitativa, realizado em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) de um hospital geral do município de São Paulo, encontrou dilemas éticos ligados à diversidade de valores, à presença de pacientes terminais, às incertezas

sobre a terminalidade e limites de intervenção para prolongar a vida de pacientes, à discordância na tomada de decisão, a não aceitação do processo de morte pela família do paciente e à falta de esclarecimento da família e do paciente. A tomada de decisão dos enfermeiros, frente a essas situações, leva em consideração os valores pessoais, a ética profissional, a empatia e o diálogo com os colegas (CHAVES; MASSAROLLO, 2009).

Trigueiro *et al.* (2010), por meio de pesquisa qualitativo-exploratória com o fim de conhecer a percepção e a ação de enfermeiros diante da ordem de não reanimação, constataram que a maioria dos enfermeiros estão de acordo com a ortotanásia, entretanto, o dilema ético mais vivenciado na prática foi a distanásia. As autoras (2010) concluem lembrando da necessidade de conscientização sobre a importância da participação do enfermeiro na tomada de decisão quanto a reanimar, opinando junto à equipe multiprofissional na escolha do melhor.

Todos os estudos relatados demonstram como o tema se sobressai e necessita de mais estudos, contribuições e discussões frequentes, pois tem correlação direta com o exercício da profissão de Enfermagem e com a prevenção de danos contra o paciente.

2.4 CUIDADO DOMICILIAR À SAÚDE

A composição tratada aqui contempla algumas considerações sobre a evolução histórica, a difusão e quatro dimensões acerca do cuidado domiciliar e seu conceito: o cuidado, a família, o contexto e o cuidador domiciliar.

É um truísmo afirmar a importância desse texto. Com efeito, o cuidado domiciliar em qualquer sistema de saúde, público ou privado, apresenta-se como uma alternativa eficaz ao modelo hospitalocêntrico e com força de resolutividade.

2.4.1 Histórico do cuidado domiciliar

O Conselho Federal de Enfermagem (Cofen), por meio da Resolução Cofen 290/2004, determina que o cuidado domiciliar é uma atividade especializada (BRASIL, 2004) e regula, pela Resolução 270/2002, a atividade das empresas que prestam serviços de Enfermagem domiciliar (BRASIL, 2002).

A regulamentação da Enfermagem domiciliária é relativamente recente, não obstante o mesmo não se pode afirmar de suas origens. A partir do momento em que grupos nômades constituíram-se em tribos, as mulheres passaram a exercer a prática de cuidar que consistia em ações que garantissem a sobrevivência (GEOVANINI *et al.*, 2005).

Na Grécia (443 a.C.), há relatos de médicos que percorriam as cidades assistindo às famílias, de casa em casa, orientando-as quanto à melhoria do ambiente físico, provisão de água, alimentos puros, alívio da incapacidade e do desamparo (REINALDO; ROCHA, 2002). E, na Bíblia, é possível identificar alguns aconselhamentos sobre como os hebreus deveriam cuidar de doentes, da higiene e da alimentação (BÍBLIA SAGRADA, 1993).

No século XV, organizações militares e religiosas iniciaram uma espécie de atendimento domiciliar. Em 1610, São Francisco de Sales fundou a Ordem da Virgem Maria, congregação feminina que visitava os doentes em casa pondo em prática atividades como alimentação, higiene e auxílio na vestimenta. Mais tarde, foi fundado o Instituto das Filhas de Caridade destinado ao cuidado de doentes e pobres nos domicílios (DUARTE; DIOGO, 2000).

Entre os anos de 1854 e 1856, em Londres, a prática da visita domiciliar era realizada por mulheres da comunidade, sem muita instrução, que recebiam um salário do Estado para educar as famílias carentes sobre os cuidados de saúde. Eram chamadas de visitadoras sanitárias e a Sociedade de Epidemiologia de Londres era responsável pelo seu treinamento. Com o passar do tempo, a experiência mostrou resultados positivos, o que levou os dirigentes dos distritos sanitários a considerarem que, se empregassem mulheres de educação superior

(médicas, enfermeiras e parteiras diplomadas) haveria uma otimização no serviço prestado aos pobres (ROSEN, 1994).

Foi creditado a William Rathone a criação do serviço de Enfermagem Distrital em Liverpool, na Inglaterra, o primeiro em saúde pública domiciliar. Era composto por enfermeiras que faziam atendimento aos doentes em suas casas. Rathone, em sua residência, cuidou de sua esposa doente e escreveu todo o trabalho que desenvolveu. Tal relato foi fonte de inspiração para Florence Nightingale desenvolver recomendações para o cuidado de Enfermagem em domicílio (MANUAL do *home care* para médicos e enfermeiras, 1999).

Nos Estados Unidos, início do século XX, a Enfermagem estava inserida em todas as instâncias responsáveis pela saúde pública. Essa tendência foi acompanhada pelos países europeus e, em menor grau, por outros. No ano de 1951, nos Estados Unidos, estavam em atividade 25.461 enfermeiras de saúde pública, das quais 12.556 trabalhavam com visitas domiciliares. As agências mantinham o trabalho das enfermeiras junto às comunidades para atender aos seus problemas como um todo, inclusive a prevenção da doença mental (REINALDO; ROCHA, 2002).

No Brasil, a origem da Enfermagem como profissão deve-se ao cuidado realizado nos domicílios. Antes de 1890, quando ocorreu a criação da primeira escola para enfermeiros, o cuidado era exercido com fundamento na solidariedade, no misticismo e no senso comum. O aspecto profissional da Enfermagem surge com a prestação de cuidados nos domicílios, por mães e escravos, ou seja, pessoas sem o devido preparo técnico (MOREIRA, 2005).

A primeira escola de Enfermagem do sistema Nightingale foi fundada em São Paulo, no Hospital Samaritano, em 1894. Maggie K. Grosart e Lillian Lees foram duas enfermeiras contratadas cujos contratos dispunham que deveriam exercer a Enfermagem domiciliar. Infelizmente, essa iniciativa não teve grande repercussão, pois se tratava de um grupo restrito e dirigido às pessoas de religião presbiteriana, e as alunas eram recrutadas entre famílias inglesas, americanas e alemãs (OGUISSO; SCHMIDT, 2010).

Em 1918, Carlos Chagas, diretor do Departamento Nacional de Saúde Pública, incentivou a criação de cursos e escolas, entre elas a de Enfermeiras Visitadoras, fundada com apoio da Fundação Rockefeller em 1923 (ROSEN, 1994).

Em 1920, Amaury de Medeiros introduziu, na escola de Enfermagem da Cruz Vermelha, um curso de visitadoras sanitárias. No mesmo ano, foi criado o serviço de visitadoras como parte do serviço de profilaxia da tuberculose. Tal iniciativa marcou a inclusão da visita domiciliar como atividade de saúde pública, uma vez que o serviço fazia parte do Departamento Nacional de Saúde Pública. As visitadoras deveriam priorizar aspectos educativos de higiene e cuidado dos doentes (SOUZA; LOPES; BARBOSA, 2004).

Concomitantemente, foram sendo criados, em todo o país, os centros de saúde, os quais tinham como objetivo o tratamento da tuberculose e da hanseníase e a diminuição da mortalidade infantil. Nesses centros, desempenhavam papel preponderante as visitas domiciliares executadas por pessoal de nível médio (SOUZA; LOPES; BARBOSA, 2004).

Nos devidos termos, Oguisso e Schmidt (2010) afirmam que a Enfermagem, até meados do século passado, não gozava de prestígio social, pois era exercida por pessoas com pouco ou nenhum preparo; também a falta de recursos tecnológicos levava as mulheres a preferirem dar à luz em casa, assim como outras pessoas, em caso de doença, preferiam recolher-se em seus aposentos onde alguém cuidava delas e, quando necessário, profissionais eram chamados.

A partir da evolução das ciências, os cuidados com a saúde foram transferidos para as instituições hospitalares. Com a alocação de recursos mais sofisticados, essa assistência tornou-se mais dispendiosa e menos acessível à população, principalmente a rural e a carente, que continuava desassistida. Os hospitais, especialmente as santas casas, eram destinados a pessoas que não contavam com alguém para dar os cuidados. Daí a ligação entre as congregações religiosas e os hospitais, onde as pessoas vocacionadas prestavam os cuidados num gesto de caridade (OGUISSO; SCHMIDT, 2010).

No Brasil, inicialmente, o atendimento de saúde domiciliária interessou ao serviço público e, somente no final da década de 1980, o setor privado foi despertado para essa modalidade de serviço (LOPES, 2006). Nos últimos anos, tal

modalidade está presente no desenvolvimento de políticas públicas de saúde. Em 1991, foi previsto no Programa de Saúde da Família e regulamentado pela Portaria 1.892/1997. A Lei 10.424/2002 também incluiu o atendimento domiciliar à Lei 8.080/1990, quando foi acrescentado um capítulo sobre assistência domiciliar no Sistema Único de Saúde (OGUISSO; SCHMIDT, 2010).

Os serviços de cuidado domiciliar expandiram-se de tal maneira, no Brasil, que necessitaram de uma regulamentação nacional própria. Esta foi criada pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária, do Ministério da Saúde (OGUISSO; SCHMIDT, 2010), que baixou a Resolução da Diretoria Colegiada, RDC, 11, de 26/01/2006, que dispõe sobre o regulamento técnico de funcionamento de serviços, públicos ou privados, que prestam atenção domiciliar (BRASIL, 2006).

Recentemente, foi aprovada a Portaria nº 2.527, de 27 de outubro de 2011, do Ministério da Saúde que redefine a atenção domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo as normas para cadastro dos Serviços de Atenção Domiciliar (SAD), a habilitação dos estabelecimentos de saúde no qual estarão alocados e os valores do incentivo para o seu funcionamento (BRASIL, 2011).

2.4.2 O cuidado domiciliar: conceitos e implicações

Em todo o mundo medra o cuidado domiciliar. Nessa perspectiva, fatores causais desse crescimento são: aumento dos atendimentos à população idosa, a portadores de doenças crônicas degenerativas e sequelas provenientes de doenças ou acidentes; mudança do foco curativo para o da integralidade do ser humano; intensificação da prevenção de doenças, promoção da saúde; necessidade de redução de custos; diminuição da sobrecarga existente no hospital; e aumento na eficiência e na eficácia do atendimento à saúde da população (MARTINS; LACERDA, 2008).

Diferentes autores têm focado sobre esse fenômeno que comprova ser o cuidado domiciliar uma opção cada vez mais contínua. Acrescentam-se às

justificativas anteriores: a individualização do cuidado; o desenvolvimento de cuidados de longa duração na privacidade do domicílio; a oferta, ao paciente e à família, da participação no planejamento do cuidado (PEDREIRA *et al.*, 2010).

Se, de um lado, alguns desses motivos são vistos como razões do crescimento do cuidado domiciliar, de outro lado, são considerados benefícios. Sendo assim, não se pode deixar de mencionar vantagens como a retomada da rotina diária da pessoa dependente, a privacidade, o apoio, a atenção, o carinho dos familiares, a diminuição do estresse e a melhora das condições de saúde em um ambiente que não alimenta a ideia de doença. Quando a hospitalização é prolongada há alterações nos hábitos de vida do dependente, afastando-o dos seus familiares, amigos e objetos pessoais, além do risco de infecção hospitalar. Tudo isso favorece a recuperação do estado de saúde do dependente (ZEM-MASCARENHAS; BARROS, 2009).

Afora essas benesses, o cuidado domiciliar pode ser uma oportunidade significativa para que a autonomia do paciente e da família concretize-se, pois, mais do que um fazer, é um momento em que a enfermeira está vivenciando situações de saúde-doença, no *locus* de habitação do paciente, de relações e de significado de vida (LACERDA, 2010).

Um dos melhores vernáculos sobre o conceito de cuidado domiciliar é o de Lacerda (2000, p. 34) que assim o denomina:

cuidado desenvolvido com o ser humano (clientes e familiares), no contexto de suas residências, e faz parte da assistência à saúde dos envolvidos. Compreende o acompanhamento, a conservação, o tratamento e a recuperação de clientes, de diferentes faixas etárias, em resposta às suas necessidades e às de seus familiares.

Do conceito da autora supracitada, extrai-se que o cuidado é realizado num ambiente diferente do hospitalar, o domicílio. Além disso, abrange o cuidado prestado tanto ao paciente como ao familiar. Esses fatos tornam a definição de cuidado domiciliar específica em relação as demais.

De forma menos abrangente e em conformidade com a Resolução Cofen 267/2001 (BRASIL, 2001), o cuidado domiciliar consiste na “prestação de serviços de saúde ao cliente, família e grupos sociais em domicílio”. Aqui também estão

presentes as características específicas do cuidar no domicílio e, como já se repisou, o foco do cuidado domiciliar de Enfermagem é o paciente, a família e suas relações.

Independentemente da denominação assumida e das atividades desenvolvidas, cada uma dessas designações encerra uma prática de saúde voltada para um objeto que pode ser o sujeito individual e se estender para além do indivíduo, abrangendo suas diferentes dimensões (KERBER; KIRCHHOF; CEZAR-VAZ, 2008) como, por exemplo, a família, o contexto e a casa.

Outro ponto a ser observado é a família. Esta pode ser conceituada de diferentes maneiras, conforme a área de conhecimento que está enfocando do tema. Nesta pesquisa, a definição adotada é a mais abrangente possível, uma vez que é adequada e interessante para as exposições realizadas. Klock, Heck e Casarim (2005) conceituam-na como unidade dinâmica, formada por pessoas que se percebem como família, com certo tempo de convívio, construindo uma história de vida; sendo que seus membros não precisam estar unidos apenas por laços de consanguinidade.

Vale transpor, igualmente, as palavras de Bourget (2005) que relata ser a família um sistema ou unidade, cujos membros podem ou não viver juntos, pode ter ou não crianças, sejam elas de um único pai/mãe ou não; nela existe compromisso entre seus membros e entre as funções de cuidado estão proteção, alimentação e socialização.

Quando se fala no termo família, é mais comum se pensar num conjunto de pessoas que possuem laços de sangue, como pai e filhos, mãe e filhos, tios, primos, irmãos. Mas, como visto, é mais do que isso, uma vez que no significado de família, inserem-se outras pessoas que não possuem ligação de consanguinidade e o que se destaca é o vínculo estabelecido entre elas. Entender a família é indispensável quando se pensa em cuidado domiciliar, pois é ela que assume total ou parcialmente os cuidados do paciente.

A família é uma instituição importante e deve ser compreendida como tal por parte dos profissionais de saúde. Ela é a responsável pela eficácia do tratamento de um paciente, uma vez que assumirá os cuidados do mesmo; a sua rotina, dinâmica e a forma como os seus membros se relacionam influenciam no processo de

recuperação de seu familiar doente. Coaduna-se com essas reflexões, o exposto por Lacerda (2000, p. 95) quando ressalta que:

É muito importante que os profissionais de saúde considerem as implicações do impacto de uma doença não apenas sobre o indivíduo, mas também sobre os familiares. Para se analisar este impacto em uma unidade familiar, deve-se considerar como uma doença específica (sua natureza, seu caráter agudo ou crônico e o grau de incapacitação gerado em cada paciente) abala esta família e os indivíduos a ela pertencentes, pois o impacto da doença em um dos membros da família afetará, até certo ponto, os outros membros.

Requer-se do profissional, por conseguinte, uma visão integralizada, com foco assistencial na família e não somente no indivíduo doente, auxiliando essa família de maneira mais contextualizada e compreendida dentro das relações familiares, tanto em situação de doença como em situação de saúde (KERBER; KIRCHHOF; CEZAR-VAZ, 2008).

Continuando a compreensão da dinâmica do cuidado domiciliar, cumpre elucidar o “contexto domiciliar” que inclui, também, o entendimento do domicílio propriamente dito. Pode-se inferir, com Lacerda (1998), que a casa, o lar, o domicílio é um local único que oferece a oportunidade de observar o modo das pessoas enfrentarem, em seu meio familiar e com os recursos que lhes são disponíveis, os problemas oriundos de se ter um familiar que necessita de cuidados diariamente.

Tais afirmações vêm ao encontro da posição de Santos (2005), segundo o qual o ambiente domiciliar deve ser visto como ponto básico que atenda às necessidades do doente; deve-se passar ao paciente que aquele ambiente lhe pertence, deve-se pedir licença para entrar, uma vez que estamos invadindo a sua privacidade, e cada pessoa possui sua própria história naquele local, não devendo ser desrespeitada; os objetos encontrados devem ser vistos de forma respeitosa e, mesmo que seja para o bem do paciente, as modificações necessárias no ambiente requerem bom senso e só devem ser realizadas depois de discutidas com a família e com o próprio doente.

O contexto domiciliar não abarca somente o domicílio, o espaço físico. Este permite uma compreensão diferenciada do processo de adoecimento dos indivíduos, maior contato com a família e sua integração nos cuidados, possibilidade de visualizar o contexto familiar e interagir nele. Portanto, o atendimento no domicílio

traz benefícios aos indivíduos ali tratados, uma vez que são atendidos por uma conduta diferenciada dos profissionais que visam à humanização de sua prática.

Tal contexto engloba questões sociais, econômicas, culturais e relacionais que adquirem uma perspectiva especial, a qual deve ser observada pela enfermeira ao realizar o cuidado domiciliar. É necessário respeitar as tradições, hábitos, sentimentos e necessidades do paciente e família, a fim de enaltecer a humanização e a autonomia dos envolvidos no cuidar. O sucesso do cuidado domiciliar está em olhar o indivíduo e sua família em seu contexto, visualizando e considerando seu meio social, suas inserções, seu local de moradia, seus hábitos e relações e qualquer outra coisa ou situação que façam parte de seu existir e estar no mundo (LACERDA, 2010).

Certamente entendemos o cuidado domiciliar como uma forma de tratar da saúde que anuncia favoráveis perspectivas, já que no domicílio é possível conhecer todo o contexto de vida do indivíduo, sua relação com a família, suas condições de habitação, de emprego, de saneamento básico, enfim, suas condições de vida em geral.

Nessa perspectiva, o contexto da casa não se reduz ao seu espaço físico, ele deve ser percebido com ampliação de seu significado, pois é um conjunto de coisas, eventos e seres humanos correlacionados entre si e cujas entidades representam um caráter particular e interferente ao mesmo tempo (LACERDA, 2000). É uma oportunidade única para empreender os melhores cuidados de saúde às pessoas e seus relacionamentos em seu local mais íntimo e privado da existência: o lar (LACERDA, 2010).

Por fim, outro elemento que possui papel fundamental para o cuidado domiciliar é o cuidador. Este é definido como um indivíduo que se dispõe a favor das necessidades de cuidados necessários ao enfermo, expondo-se a riscos de comprometimento de sua própria saúde em benefício do doente (BICALHO; LACERDA; CATAFESTA, 2008). Santos (2005) divide os cuidadores em dois grupos, a saber: o cuidador formal que é contratado pela família; e o cuidador informal que faz parte da família.

Lacerda (2010) elenca importantes questões sobre quem cuida do doente: essa pessoa o faz por livre escolha ou porque as circunstâncias assim o

determinaram; a idade e a escolaridade, assim como tempo de cuidado, são aspectos a serem observados pela enfermeira e equipe de saúde ao realizarem o cuidado domiciliar. A autora (2010) também afirma ser necessário que a enfermeira determine, junto ao cuidador, quais ações vai realizar para cuidar, qual a periodicidade de fornecimento de orientações para cuidar, quem vai orientar (profissionais de saúde, amigos ou vizinhos), como o fará e se explicará e acompanhará supervisionando as ações de cuidado.

O cuidador é uma figura importante no tratamento do paciente, assim como a família. Com o decorrer do tempo, o cuidado pode se tornar exaustivo e é preciso prestar atenção para que o cuidador não se torne um novo paciente. Há casos em que ele deixa seu emprego e até mesmo abdica de sua hora de lazer para exercer um novo papel dentro do contexto familiar que, agora, possui um doente necessitando de cuidados. É importante o diálogo sobre a escolha do indivíduo familiar mais apropriado para ser o cuidador, o que, certamente, será bom para todos os envolvidos.

O cuidador familiar volta sua vida para o ser doente e vivencia conflitos internos em virtude da grande responsabilidade que assume. É um ser humano independente e, na maioria das vezes, saudável, que se dedica exclusivamente a outro ser humano dependente. O desgaste físico é perceptível, pois suas necessidades próprias não são atendidas; por assumir a condição de cuidador acaba não sendo reconhecido como ser humano digno de respeito e cuidados. Por isso, é importante que o cuidador familiar receba continuamente capacitação para o desenvolvimento de suas habilidades quanto ao cuidado, o que pode facilitar o entendimento da importância do seu papel junto ao doente (BICALHO; LACERDA; CATAFESTA, 2008).

Corroboram Martins *et al.* (2009), ao afirmarem que o cuidado dispensado pelos familiares muitas vezes não é o mais recomendado tecnicamente. Porém, muito acrescenta à recuperação do doente, ao vínculo afetivo, ao conhecimento que o familiar tem sobre ele e sua história de vida. Além disso, historicamente a família é a primeira cuidadora, sendo inadequado excluí-la dessa função.

Fica evidente que o diferencial do cuidado domiciliar é o aspecto humano, no sentido de primar pela qualidade de vida do paciente quando este permanece em

seu lar, com familiares e amigos. Ao mesmo tempo em que cumpre seu papel, é atendido por profissionais capacitados e preparados para enfrentar as particularidades do domicílio e do cuidado realizado nesse local (FAVERO *et al.*, 2009b).

3 METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa que empregou como método a Teoria Fundamentada nos Dados (TFD) ou *Grounded Theory* (GT).

Alguns autores traduzem a *Grounded Theory* como Teoria Fundamentada nos Dados (CASSIANI; CALIRI; PELÁ, 1996, DANTAS *et al.*, 2009, LOURENÇO; FERREIRA; ROSA, 2008). Outros preferem utilizar o termo em sua língua original baseados em que toda teoria é fundamentada em dados (BOCCHI; JULIANI; SPIRI, 2008). Aqui, foram utilizadas as duas formas indiscriminadamente porque, no Brasil, a GT é conhecida como TFD, até mesmo pelos autores que empregam a expressão em inglês.

A abordagem qualitativa investiga fenômenos que, por essência, não são mensuráveis, exemplificadamente a crença, a representação, o estilo pessoal de relação com o outro, a estratégia em face de um problema, por fim, aqueles que possuem características específicas dos seres humanos. Ela propõe esclarecer e conhecer os complexos processos que constituem fatos subjetivos, que se diferenciam e se distanciam das hipóteses quantitativas de predição, descrição e controle (HOLANDA, 2006).

Consoante Polit, Beck e Hungler (2004), a pesquisa qualitativa é classificada como um método naturalista, pois lida com a investigação da complexidade humana, explorando-a diretamente e enfatizando a compreensão da experiência como é vivida, coletando e analisando materiais narrativos e subjetivos.

Examinando essas exposições e o objeto de estudo a ser investigado, qual seja a vivência de conflitos éticos por enfermeiros no âmbito do cuidado domiciliar, depreende-se porquanto a decisão pela abordagem qualitativa. Além disso, propôs-se o desenvolvimento de um modelo teórico sobre aquele objeto, optando-se, para tanto, a TFD, um dos diferentes métodos para se fazer um estudo qualitativo e gerar uma teoria.

Desenvolver teorias permite ao pesquisador que realiza pesquisa qualitativa voltar-se para os dados com um olhar aquém da forma como se apresentam, pois para desenvolvê-las é preciso compreender um fenômeno profundamente por meio

de inter-relações entre os elementos que emergem dos dados. O método qualitativo compreende como o objeto de estudo se explicita e não se foca estritamente nos resultados finais, matematicamente lapidados (TURATO, 2005).

3.1 TEORIA FUNDAMENTADA NOS DADOS

A TFD é uma metodologia cujos dados coletados são sistematicamente reunidos e analisados e, a partir deles, a teoria emerge. Ela oferece mais discernimento e entendimento do que as teorias formadas da reunião de conceitos baseados unicamente em experiências ou especulações (STRAUSS; CORBIN, 2008).

A TFD, portanto, é uma metodologia que permite a construção de teorias a partir de dados extraídos de experiências significativas de sujeitos sociais. Para tanto, os dados são rigorosamente analisados e categorizados por meio de um processo indutivo do qual emergem os conceitos. Da análise das relações entre as categorias e conceitos são deduzidas hipóteses que culminarão na teoria que, por sua vez, objetiva explicar o fenômeno social de estudo.

Barney Glaser e Anselm Strauss, dois sociólogos, desenvolveram a GT a partir da observação da complexidade dos fenômenos humanos, da importância de ir a campo para ver o que realmente acontece e da necessidade de comparar dados para identificar, desenvolver e relacionar conceitos (STRAUSS; CORBIN, 2008). O objetivo era compreender as experiências de seres humanos em diversas situações (BOCCHI; JULIANI; SPIRI, 2008).

Sua origem data da década de 1960. Em 1965, houve a primeira aplicação da TFD no estudo intitulado “*Awareness of Dying*” e, em 1967, o primeiro trabalho que tratava especificamente da teoria fundamentada que foi denominado “*Discovery of grounded theory*” (LEGEWIE; SCHERVIER-LEGEWIE, 2004).

Glaser, formado pela *Columbia University*, teve suas ideias de pesquisa influenciadas por Paul Lazarsfeld, conhecido como um inovador dos métodos quantitativos. Strauss, por seu turno, formou-se na *University of Chicago* e possuía

uma forte tradição em pesquisa qualitativa, tendo sido bastante influenciado pelo Interacionismo Simbólico (STRAUSS; CORBIN, 2008).

Esses dois sociólogos passaram a trabalhar separadamente, tendo em vista algumas contradições entre suas ideias. Na perspectiva de Strauss, é necessário o uso de um referencial teórico (Interacionismo Simbólico) para nortear a pesquisa; Glaser, por sua vez, defende que são os dados que devem apontar o fenômeno vivenciado pelos sujeitos, sem a influência de um referencial teórico (CAMARGO, 2009).

Inicia-se o surgimento de outros escritos sobre TFD, cujos principais marcos constam na genealogia da GT (MORSE *et al.*, 2009, p. 17, tradução nossa) (FIGURA 1).

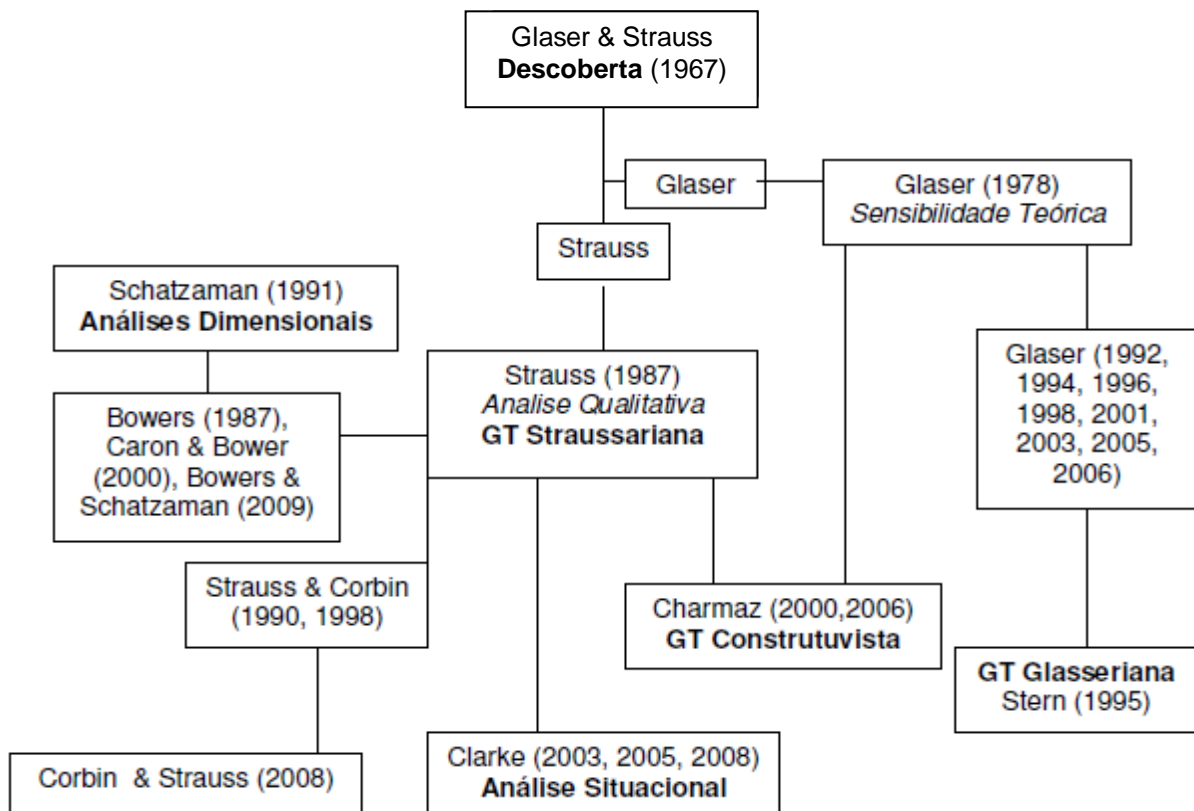


FIGURA 1 - ADAPTADO DE *GENEALOGY OF GROUNDED THEORY: MAJOR MILESTONES*
FONTE: MORSE *et al.* (2009)

Apesar dessa ramificação, os estudos relacionados à TFD não se anulam, complementam-se, por esse motivo é que essa metodologia permanece única. O que ocorre é que essas diferentes perspectivas exigem do pesquisador um

posicionamento em relação à linha que será utilizada em seu trabalho (BÜSCHER¹, 2008, citado por CAMARGO, 2009). Nesta pesquisa, optou-se pela linha de Glaser segundo o qual não é preciso adotar um referencial teórico.

Para que seja construída, a TFD necessita de uma organização dos dados, com a ajuda de procedimentos de interpretação, ou seja, é um tipo de pesquisa interpretativa (HAIG, 2007). Esses procedimentos não têm por objetivo serem operacionalizados de forma dogmática, já que é preciso flexibilidade e criatividade do pesquisador, dentro da sua realidade de pesquisa, para dar lugar à voz dos dados (STRAUSS; CORBIN, 2008). Sendo assim, tal organização auxilia muito na construção da teoria.

O processo de desenvolver teorias chama-se teorização que, de forma mais específica, é entendida como o ato de construir, a partir de dados, uma explicação que integre sistematicamente vários conceitos por meio de declarações de relações. Mais do que produzir entendimento, seu objetivo é gerar teorias úteis e fornecer diretrizes para a ação dos sujeitos (STRAUSS; CORBIN, 2008).

Como referido, da análise dos dados são formulados os conceitos, denominados conceitos teóricos ou constructos, que são entendidos como representações abstratas de um fato, objeto ou ação; é dar nome aos fenômenos (STRAUSS; CORBIN, 2008, BÜSCHER¹, 2008, citado por CAMARGO, 2009). Em outras palavras, os constructos são as definições das categorias, subcategorias e proposições que apresentam uma visualização sistemática do fenômeno (DARKENWLAD, 2005, tradução nossa).

Hodiernamente, a GT é usada em diferentes campos de atuação como Educação, Enfermagem, Administração, Psicologia, Arquitetura, Antropologia Social, entre outros (STRAUSS; CORBIN, 2008). Frequentemente é adotada quando um tema de interesse tem sido ignorado na literatura e, assim, a missão do pesquisador é construir sua própria teoria a partir da base (LOURENÇO; FERREIRA; ROSA, 2008).

¹ BÜSCHER, A. **Grounded Theory**. Palestra apresentada na Disciplina *Grounded Theory* do Doutorado em Enfermagem do Programa de Pós-Graduação da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2008.

A TFD é um método consistente para a realização de pesquisas, cujo objeto de estudo envolva interações humanas e, sendo assim, é uma promessa para o entendimento profundo do conhecimento da Enfermagem e um meio de gerar teorias a partir da prática (DANTAS *et al.*, 2009).

3.1.1 Amostragem teórica

A amostragem teórica é construída a partir de fatos, incidentes ou acontecimentos, e não de pessoas em si. Os incidentes ou fatos representam as situações nas quais pessoas, organizações, comunidades ou nações se encontram, e que são, de certa forma, problemáticas (STRAUSS; CORBIN, 2008).

É evidente que os sujeitos são importantes, mas isso se dá, principalmente, pelos processos sociais que eles vivenciam e que serão o objeto de estudo na TFD. Por essa forma, as pesquisas que se utilizam dessa metodologia interpretam um determinado fenômeno vivenciado pelas pessoas.

Na TFD, a amostragem teórica comporta uma coleta de dados orientada por conceitos que são derivados da teoria (STRAUSS; CORBIN, 2008). Isso significa que, conforme os dados são coletados e analisados, o pesquisador segue identificando a necessidade ou não de aumentar sua amostragem.

A amostragem teórica não é predeterminada e é cumulativa. Cumulativa porque cada evento coletado acrescenta algo novo à análise dos dados anteriores (STRAUSS; CORBIN, 2008). Não é predeterminada porque não há um número fixo de sujeitos antes de se iniciar a pesquisa; conforme os dados são coletados e, seguidamente, analisados, os sujeitos são angariados. Ressalta-se que se mencionam “sujeitos” porque são eles que vivenciam os eventos a serem estudados, por meio deles é que se verifica a necessidade ou não de se conhecer mais fatos e acontecimentos.

O número de sujeitos é determinado pela saturação teórica, ou seja, quando as informações começam a se repetir, não são encontrados mais dados novos (NICO *et al.*, 2007), as categorias estão bem desenvolvidas e suas relações estão

bem estabelecidas (STRAUSS; CORBIN, 2008). Dessa forma, a coleta poderá ser encerrada quando os dados não trouxerem mais conceitos relevantes.

Ambas as características da amostragem (cumulativa e sem predeterminação) estão relacionadas à sensibilidade do pesquisador que exprime a capacidade de perceber os significados dos dados e reconhecer a relação entre os conceitos (STRAUSS; CORBIN, 2008). A sensibilidade é outra característica bastante importante na TFD, o pesquisador deve ter um envolvimento com o objeto de estudo, mas ter o cuidado para que seu conhecimento não manipule as informações obtidas, nunca se esquecendo de manter uma postura ética com relação às mesmas.

A sensibilidade teórica está relacionada ao conhecimento prévio do pesquisador acerca do fenômeno, à sua habilidade para dar significado, ter *insights*, à sua capacidade para perceber e compreender o que é pertinente ao fenômeno em estudo (CAMARGO, 2009). Propicia a integração das categorias em um nível de análise mais abstrato, ocasionando uma extração dos significados capaz de produzir uma teoria íntegra e densa (GLASER, 1978, tradução nossa).

A amostragem teórica permite ao pesquisador escolher locais, pessoas ou fatos que gerem maior retorno teórico. Grupos amostrais com características e práticas diferenciadas são ideais para a variação de conceitos e novas perspectivas ao fenômeno (STRAUSS; CORBIN, 2008).

Os dados podem ser obtidos em determinados locais, documentos ou por meio do depoimento de pessoas que possuem conhecimento sobre o fenômeno em estudo. Pode haver mais de um campo de coleta de dados e, também, serem reestruturados os instrumentos de coleta, com mudança no foco das perguntas no intuito de explorar a realidade investigada, ou na forma como são realizadas de modo a se aproximar do entendimento dos sujeitos (DANTAS *et al.*, 2009).

Como o objetivo deste estudo foi construir um modelo teórico que contemple a vivência de dilemas e conflitos éticos por enfermeiros no cuidado domiciliar, a amostragem teórica foi constituída por enfermeiros que atuam no cuidado domiciliar há, pelo menos, um ano, tendo em vista que, após esse período já tenham vivenciado a ocorrência de questões éticas.

Sendo assim, há três grupos amostrais distintos, os quais, em sua totalidade, compreenderam 21 enfermeiros, distribuídos da seguinte maneira:

- a) primeiro grupo amostral: 9 enfermeiros atuantes em Unidades de Saúde (US) com Estratégia Saúde da Família (ESF) do município de Curitiba/PR;
- b) segundo grupo amostral: 7 enfermeiros de instituições privadas de *home care*; e
- c) terceiro grupo amostral: 5 enfermeiros que atuam no cuidado domiciliar sem vínculo empregatício.

Esses três grupos distintos foram necessários porquanto possuem diferenças entre si quanto ao objeto estudado. Dessa forma, explicitaram-se desiguais visões sobre o mesmo tema que se complementaram e resultaram numa dimensão global do fenômeno. A opção por iniciar pelos enfermeiros de US's se deu porque estavam mais próximos da pesquisadora. A seguir, partiu-se para aqueles que atuam em empresas privadas para dar continuidade às entrevistas com os que possuem algum vínculo de submissão (estatutário ou empregatício). Ao final, restaram aqueles sem nenhuma ligação com alguma instituição.

É certo que cada um dos sujeitos possui particularidades em sua vivência de questões éticas, contudo, também é evidente que o conjunto de enfermeiros de cada um dos grupos amostrais mostrou características similares. Principiou-se a coleta de dados pelo primeiro grupo amostral que contribuiu parcialmente para a construção do modelo teórico; seguiu-se para o segundo grupo que, ainda, não havia esclarecido todo o fenômeno. E, somente a partir do terceiro grupo, que mantinha peculiaridades em relação aos demais, alcançou-se a saturação teórica e a coleta de dados pode ser concluída.

Os sujeitos foram recrutados pessoalmente ou por contato telefônico. Com relação ao primeiro grupo amostral, explana-se que uma das disciplinas do currículo do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFPR é a Prática de Docência, que foi desenvolvida pela pesquisadora na própria instituição por meio do acompanhamento dos alunos da graduação na disciplina de Estágio Supervisionado I. Esta ocorreu em duas US's com ESF no município de Curitiba/PR, sendo que, foram eleitas pela docente responsável pela disciplina. Assim, os sujeitos do primeiro grupo atuavam nessas US's.

Para os sujeitos do segundo grupo amostral, aqueles que atuam em empresas de *home care*, foi realizada pesquisa na internet, no *site* de busca do Google®, sobre todas as empresas do gênero localizadas em Curitiba/PR. Entrou-se em contato com as mesmas na ordem em que apareceram durante a busca. Não foi necessário procurar todas devido à ocorrência da saturação teórica para esse grupo. Alguns desses sujeitos foram angariados, também, pelo conhecimento da pesquisadora sobre a existência de empresas de *home care*.

Por fim, os sujeitos do terceiro grupo amostral, enfermeiros que atuam no cuidado domiciliar de Enfermagem sem vínculo empregatício, foram indicados por outros enfermeiros. O primeiro sujeito desse grupo é colega da pesquisadora e indicou outro profissional. Esse, por seu turno, recomendou outro e, assim, sucessivamente, até se chegar à saturação teórica que foi possível pela sensibilidade da pesquisadora com relação ao tema.

3.1.2 Coleta de dados

A busca de dados na TFD pode ser realizada por meio de entrevista, observações (participante ou não), documentos (STRAUSS; CORBIN, 2008), grupo focal e história de vida (LOURENÇO; FERREIRA; ROSA, 2008).

A entrevista permite flexibilidade para questionar o sujeito a fim de que esclareça pontos essenciais à compreensão da realidade investigada e avaliar a veracidade das respostas, mediante observação de seu comportamento não-verbal (DANTAS *et al.*, 2009).

Durante a coleta de dados, o pesquisador realiza constantemente o processo de indução-dedução. A indução é construída gradualmente, emerge após a coleta ter iniciado, enquanto a dedução ocorre da derivação dos primeiros códigos, indutivos, das diretrizes conceituais ou das hipóteses, com o intuito de adquirir mais dados para formar a teoria (CASSIANI; CALIRI; PELÁ, 1996).

Com a indução, parte-se de casos particulares iguais ou semelhantes para procurar uma lei geral, uma definição ou teoria geral que explica e subordina todos

os casos particulares. A definição ou teoria é obtida no ponto final do percurso (CHAUI, 2009). Em outras palavras, quando, a partir da leitura dos dados, procuram-se semelhanças entre os dados para se criar uma teoria, uma afirmação ou explicação, está-se induzindo.

A dedução consiste em partir de uma verdade já conhecida (por intuição ou demonstração anterior), que funciona como um princípio geral ao qual se subordinam todos os casos que serão demonstrados a partir dela. Parte-se de uma verdade já concebida para demonstrar que ela se aplica a todos os casos particulares (CHAUI, 2009). Na TFD, por exemplo, deduz-se constantemente por meio da criação de hipóteses que serão (ou não) confirmadas com a coleta de mais informações.

Essa alternância entre indução e dedução acontece durante a coleta e análise dos dados por intermédio da sensibilidade teórica do pesquisador que, ao elaborar as questões para as entrevistas, induz e, diante dos dados, realiza o processo de dedução para formular novas perguntas. Assim, sucede-se, novamente, a indução e esses processos se alternam (CAMARGO, 2009).

A TFD é uma metodologia flexível e permite a reformulação, inclusão e exclusão de perguntas se, durante a entrevista, novos questionamentos emergirem. Aderir rigidamente ao traçado inicial durante toda a pesquisa atrapalha a descoberta porque limita a quantidade e os tipos de dados que podem ser coletados (STRAUSS; CORBIN, 2008). Destaca-se, ainda, que, na coleta o pesquisador deve interagir e/ou encontrar com os sujeitos quantas vezes forem necessárias, a fim de co-construir com eles os sentidos das suas palavras e de suas ações (SANTOS; PINTO, 2007).

Destarte, utilizou-se da entrevista semiestruturada e, para tanto, foi elaborado um roteiro de perguntas iniciais ao primeiro grupo amostral, sendo que, a sucessão de questionamentos foi construída a partir da análise dos dados. Todas as entrevistas foram audiogravadas, transcritas e analisadas sequencialmente. As mesmas foram realizadas em local designado pelos sujeitos. Para aqueles do primeiro grupo, a entrevista foi realizada no próprio local de trabalho; quanto aos demais, o local constituiu-se, basicamente, de seus domicílios. A coleta dos dados

ocorreu de outubro de 2010 a junho de 2011; a grande extensão do período da coleta deveu-se ao fato de que coleta e análise ocorrem ao mesmo tempo na TFD.

Foi realizado um pré-teste com o roteiro da entrevista (APÊNDICE 1) para verificar o entendimento das perguntas e sua aplicabilidade aos sujeitos. Esse pré-teste foi realizado pela pesquisadora a três enfermeiras, de uma Unidade de Saúde de Curitiba/PR, e os resultados da aplicação mostraram:

- a) O termo “dilemas éticos” não foi bem compreendido, apesar de ser exposto seu conceito previamente à entrevista no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), sendo um limitante das respostas dos sujeitos. Decidiu-se, então, utilizar “questões éticas” para que o sujeito fale livremente sobre sua vivência sobre ética no cuidado domiciliar. Desse modo, a primeira questão foi modificada para “Como é sua vivência sobre as questões éticas no cuidado domiciliar?”
- b) A pergunta “O que você entende por dilema ético?” foi considerada difícil e era a primeira pergunta a ser feita na entrevista, estando próxima da leitura do TCLE que descreve seu conceito. Optou-se por deixá-la no final da entrevista para que os sujeitos não reproduzissem a definição que está no TCLE.

A partir dessas considerações, que mostraram a necessidade de algumas alterações, o roteiro foi refinado (APÊNDICE 2).

Após o início das entrevistas, surgiram dúvidas e foram levantadas outras questões a respeito do fenômeno em estudo, havendo a necessidade de se acrescentar outras perguntas no instrumento de coleta de dados. Desse modo, elaboraram-se perguntas como: “Que sentimentos você experimenta com a vivência de questões éticas?”, “O que você considera como causa das questões éticas vivenciadas?”, “Quem forma sua rede de apoio para a resolução das questões éticas?”, “Como se dá a resolução das questões éticas vivenciadas?”.

3.1.3 Análise dos dados

A coleta e a análise dos dados acontecem alternativamente. Isso quer dizer que, após a primeira entrevista, é feita a análise que levará à próxima entrevista, seguida de mais análise e assim por diante (STRAUSS; CORBIN, 2008).

Durante esse processo analítico é importante que o pesquisador mantenha um equilíbrio entre objetividade e sensibilidade. A objetividade é imprescindível para uma interpretação imparcial dos dados, os pesquisadores devem deixar de lado seu conhecimento e experiência para permitir novas interpretações sobre os fenômenos. A sensibilidade é necessária para perceber os significados dos dados e reconhecer a relação entre os conceitos, o que significa ver além do óbvio (STRAUSS; CORBIN, 2008).

No tempo da coleta e análise de dados surgem os memorandos (ou memos) que registram os *insights* do pesquisador durante a pesquisa (BÜSCHER², 2008, citado por CAMARGO, 2009). São registros escritos de análise, cuja função é atuar como lembrete ou fonte de informação e manter a pesquisa embasada. Neles são registrados o progresso, as considerações, os sentimentos e as direções da pesquisa (STRAUSS; CORBIN, 2008).

Os memos podem ser utilizados durante toda a coleta e análise dos dados, complementam a entrevista, registram ideias do pesquisador e códigos, suas relações, elevam dados a conceitos, permitindo o desenvolvimento das propriedades de cada teoria (GLASER, 1978, tradução nossa). Podem tomar conformação de notas teóricas, metodológicas, de observação e subvariedades delas (DANTAS *et al.*, 2009). Nesta pesquisa, foram utilizadas, especialmente as teóricas e metodológicas.

As notas teóricas (QUADRO 1) são interpretações, inferências e hipóteses do pesquisador (DANTAS *et al.*, 2009).

² BÜSCHER, A. **Grounded Theory**. Palestra apresentada na Disciplina *Grounded Theory* do Doutorado em Enfermagem do Programa de Pós-Graduação da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2008.

Data: 12/12/2010	Nota teórica	Entrevista nº: 1
Códigos: E.1.1 – Entendendo um dilema ético como extrínseco à atividade profissional. E.1.4 – Afirmando que o dilema ético foge do alcance da função e do trabalho. E.1.13 – Reafirmando que o dilema ético foge da questão do enfermeiro. E.1.32 – Reafirmando que não é competência do enfermeiro resolver um dilema ético. E.1.70 – Reafirmando não é sua função resolver problemas éticos. E.1.11 – Afirmando que os dilemas éticos são questões sociais. E.1.25 – Reafirmando que os dilemas éticos vivenciados envolvem a questão social. E.1.66 – Reafirmando que muitos dilemas éticos envolvem a questão social. E.1.67 – Reafirmando que não é função da saúde resolver dilemas relacionados à questão social. E.1.69 – Reafirmando que os dilemas éticos envolvem principalmente a questão social. E.1.68 – Sentindo-se angustiada quando vivencia dilemas éticos porque não é sua função resolver.		
Nota: Constantemente foi afirmado que não é papel do enfermeiro resolver um dilema ético, sob a alegação de que são questões sociais. Por que esse entendimento? Será pela dificuldade em resolver? Será que identificar esse dilema e encaminhar para outros órgãos não faz parte da resolução, não é o passo inicial? A ética envolve toda a prática do enfermeiro, assim os problemas a ela relacionados fazem parte, também, de sua atividade profissional, não sendo possível eximirem-se de tal responsabilidade.		

QUADRO 1 – MODELO DE NOTA TEÓRICA

FONTE: A autora (2011)

Notas metodológicas (QUADRO 2) são anotações que refletem instruções a si próprio; são lembretes ou críticas às suas próprias estratégias; referem-se aos problemas encontrados na obtenção dos dados e à forma de resolvê-los (DANTAS *et al.*, 2009). Elas organizam a pesquisa e compreendem considerações como: o que preciso pesquisar? O que preciso fazer na próxima codificação ou entrevista? Quais serão as próximas questões a serem elaboradas? Quais são as lacunas que merecem mais investigação? Qual será o próximo grupo amostral? (CAMARGO, 2009).

Data: 14/12/2010	Nota metodológica	Entrevista nº: 2
Códigos: E.2.91 – Afirmando que não espera preconceito dos profissionais de saúde. E.2.92 – Afirmando que profissionais de saúde têm preconceito a certos aspectos. E.2.94 – Reafirmando que profissionais de saúde têm preconceito a certos aspectos. E.2.94 – Exemplificando como preconceito de profissionais de saúde o alcoolismo. E.2.95 – Afirmando que profissionais de saúde não entendem o alcoolismo. E.2.96 – Afirmando que profissionais de saúde não gostam de tratar pessoas ligadas ao alcoolismo.		
Nota: Verificar a questão do preconceito dos profissionais em outras entrevistas.		

QUADRO 2 – MODELO DE NOTA METODOLÓGICA

FONTE: A autora (2011)

A análise dos dados possui algumas etapas, examinadas a seguir, e comportam as codificações substantiva e teórica. Esses dois tipos de codificação ocorrem simultaneamente. Na primeira, o pesquisador descobre os códigos dentro dos dados por meio da criação de conceitos e, na segunda, verifica como os códigos se relacionam entre si, elaborando hipóteses que serão integradas à teoria (GLASER, 1978, tradução nossa).

3.1.3.1 Codificação substantiva

Esta etapa da análise é subdividida em codificações aberta e seletiva. Na codificação aberta o pesquisador tem como objetivo gerar um conjunto de categorias por meio das propriedades que mais se ajustam, que mais se parecem e que são relevantes para a consistência da teoria (GLASER, 1978, tradução nossa).

Para atingir tal objetivo, é necessário “abrir os dados” para criar os códigos e categorias necessários. É importante lembrar que na codificação aberta o pesquisador se obriga a pensar e transcender de seu ponto de vista, por isso que é muito mais fácil outra pessoa codificar os dados, uma vez que estará mais distante do fato. Por outro lado, seu conhecimento sobre o objeto de estudo, a sua sensibilidade teórica, permite a criação dos códigos cabíveis (GLASER, 1978, tradução nossa).

Várias regras regem a codificação aberta para garantir sua correta utilização. Uma delas é formular um conjunto de perguntas sobre os dados. Uma pergunta geral seria “O que os dados do estudo estão mostrando?”. Assim, o pesquisador lembra continuamente quais seus objetivos iniciais e o que os dados estão apontando, que podem ser diferentes do alvo pretendido (GLASER, 1978, tradução nossa).

Outra regra é analisar os dados linha por linha constantemente. Embora trabalhoso, é um modo de emergirem-se os códigos e chegar-se à saturação de forma mais rápida e fácil, além disso, a teoria a ser formulada estará bem fundamentada (GLASER, 1978, tradução nossa).

Nesta primeira etapa da análise, foram criados os conceitos (ou códigos). Aqueles considerados semelhantes foram agrupados em categorias e subcategorias como, exemplificadamente, no QUADRO 3.

Componente de análise	Códigos substantivos	Subcategoria	Categoria
<p><i>“Não só a área de Enfermagem, eu acho que todos os profissionais, desde um atendente, um zelador, um telefonista, todo mundo tem que ter.”</i></p> <p><i>“A ética está em tudo, é... em todas as áreas. No cuidado domiciliar, no hospitalar [...]”</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> Considerando que a ética envolve todos os profissionais. Relacionando a ética com todas as áreas da Enfermagem. 	Compreendendo a ética	Contextualizando a ética na prática profissional

QUADRO 3 - MODELO DE CATEGORIZAÇÃO

FONTE: A autora (2011)

O nome dos conceitos pode ser aquele dado devido aos significados que evocam dentro do contexto ou pode ser retirado das palavras dos informantes, quando é chamado de códigos *in vivo* (GLASER; STRAUSS, 1967). Como indicado pela TFD, a codificação aberta foi realizada logo após a transcrição de cada entrevista.

Na codificação aberta, fica evidente o processo de indução-dedução. Pela leitura dos dados surgem declarações de relações ou de hipóteses (processo de indução) e, a partir da conceitualização ou desenvolvimento de hipóteses, interpreta-se e interpretação é uma forma de dedução (STRAUSS, CORBIN, 2008). É importante ressaltar que é nessa fase que foram criados os memorandos utilizados em todas as demais fases de codificação.

Ainda faz parte da codificação substantiva, a codificação seletiva, na qual deve-se selecionar uma categoria ou variável central. As demais categorias não são perdidas, mas a análise concentra-se naquela que foi delimitada como central, sendo que as demais são rebaixadas à condição de subservientes da categoria principal (GLASER, 1978, tradução nossa).

Trata-se de um processo de integração da teoria no qual a categoria central, também chamada básica, representa o tema principal da pesquisa. A categoria central tem que aparecer frequentemente nos dados, ser profunda e explanatória, as demais categorias devem estar relacionadas a ela e o nome usado para descrevê-la deve ser abstrato (STRAUSS; CORBIN, 2008). A mesma revelará a essência da experiência vivenciada, levando à construção do modelo teórico, ou seja, uma teoria explicativa do fenômeno estudado (PETTENGILL; RIBEIRO, 2006).

Com o estudo das relações entre todas essas categorias e subcategorias, chegou-se à escolha da categoria central, ou seja, aquela que se relaciona com todas as demais. Neste trabalho, foi eleita a “Reconhecendo os conflitos éticos em sentido amplo”, pois é em relação a ela que todas as demais categorias e suas ramificações estão submissas.

Ao final da codificação substantiva, o fenômeno em estudo “Vivenciando conflitos éticos no cuidado domiciliar de Enfermagem” foi delimitado em 6 grandes categorias, 20 subcategorias e 11 componentes (QUADRO 4).

Categorias	Subcategorias
Contextualizando a ética na prática profissional	Compreendendo a acepção de ética
	Compreendendo o significado de dilemas éticos
Gênese dos conflitos éticos	Questões sociais
	Questões profissionais
Reconhecendo os conflitos éticos em sentido amplo	Conflitos éticos em sentido estrito 1) Extrapolando a competência profissional 2) Relacionamento com colega e/ou paciente/familiar 3) Violando o sigilo profissional 4) Preconceito 5) Violência 6) Aborto 7) Desrespeito entre os familiares 8) Morte
	Dilemas éticos 9) Consentimento da família: a quem respeitar? 10) Capacitação do cuidador: qual o limite? 11) Condições financeiras escassas: como proceder?
Encontrando dificuldades para a resolução de conflitos éticos	Relacionadas à formação
	Relacionadas à profissão
	Relacionadas à equipe
	Relacionadas ao paciente/familiar
	Relacionadas a outras instâncias
Buscando estratégias para a resolução de conflitos éticos	Estratégias próprias do cuidado domiciliar
	Estratégias subjetivas
	Estratégias institucionais
	Rede de apoio
Implicações da vivência de conflitos éticos	Necessidade de prática
	Diferenciando conflitos éticos institucionais dos domiciliares
	Expressando sentimentos
	Resolvendo os conflitos éticos
	Registrando os conflitos éticos

QUADRO 4 – CATEGORIAS, SUBCATEGORIAS E COMPONENTES NA CODIFICAÇÃO SUBSTANTIVA

FONTE: A autora (2011)

3.1.3.2 Codificação teórica

Não há uma forma de análise previamente estabelecida; é necessário conhecer os diferentes códigos teóricos na TFD para que o pesquisador possa

determinar o código mais adequado ao fenômeno que se apresenta (BÜSCHER³, 2008, citado por CAMARGO, 2009).

Os códigos teóricos explicam a categoria central e sua relação com as demais categorias e conceitos e, por conseguinte, o fenômeno que foi objeto de estudo. Para auxiliar essa codificação teórica, foram criados diferentes códigos por diferentes autores.

Strauss e Corbin (2008) sugerem o modelo de paradigma. Glaser, por outro lado, aponta os seguintes códigos teóricos: seis Cs; processo; família de grau; família de dimensão; família por tipo; família estratégica; família interativa; família de identidade de si; família de ponto de corte; família de objetivo principal; família cultural; família de consenso; família de linha principal; família teórica; família de ordenação e elaboração; família de unidade; família de leitura; modelos; simetria-assimetria; binário; assíntota; arena social; palavras sociais; constrangimento social; família temporal; ação; limites exteriores; família causal; ciclo; pressão cruzada; micro-macro; isomorfismo; captura do momento; fractais; autopoiese; partes do sistema; tipo ideal; estrutura; causa conjuntural; balanço e níveis (GLASER, 1978; GLASER, 2005, tradução nossa).

É importante frisar que o pesquisador não escolhe aleatoriamente o código teórico que irá utilizar, ao contrário, ele deve verificar qual deles se identifica ao seu fenômeno de estudo. Além disso, ele pode criar outros que sejam mais adequados ao seu objeto de estudo. Lacerda (2000), por exemplo, utilizou o código “seis C’s” para construir um modelo teórico sobre as ações e interações das experiências vivenciadas por enfermeiras no cuidado domiciliar.

Camargo (2009), a fim de criar um modelo teórico para explicitar o cuidado de si dos trabalhadores de saúde que sofreram acidente com fluidos biológicos, utilizou o código teórico “família interativa”. Já Catafesta (2008), objetivando construir um modelo teórico das competências da enfermeira para o cuidado domiciliar, optou pelo modelo de paradigma.

³ BÜSCHER, A. **Grounded Theory**. Palestra apresentada na Disciplina *Grounded Theory* do Doutorado em Enfermagem do Programa de Pós-Graduação da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2008.

A partir do estudo da organização das categorias e subcategorias e de suas relações, por meio de extenuantes leituras e comparação entre dados, foi possível emoldurar o fenômeno estudado no código teórico “seis C’s”, a partir de sua adaptação.

Os seis C’s é um código geral, sendo que a maioria dos estudos pode ser enquadrada em um modelo de causa e consequência. Os “C’s” incluem causa, contexto, contingência, consequência, covariância e condição interveniente. A causa é a fonte, razão e explicação do fenômeno. O contexto compreende circunstâncias as quais as pessoas respondem por meio de ações, é o ambiente onde ocorre o fenômeno. A contingência envolve os fatos inesperados que devem ser respondidos com uma ação. A condição interveniente é aquela que altera o impacto das condições causais. A consequência é o resultado, previsto ou imprevisto, do mesmo fenômeno. E a covariância, tendência de variação entre duas variáveis aleatórias, é raramente usada, conforme o próprio Glaser assevera (GLASER, 1978; GLASER, 2005, tradução nossa; FERREIRA, 2009).

A conformação realizada no modelo teórico “seis C’s”, proposto por Glaser, refere-se ao C de covariância, que foi substituído por C de “Categoria Central”. Isso se deu porque os dados encontrados não apontaram para a covariância, mostrando a necessidade de excluí-lo. Desse modo, cada uma das categorias elaboradas foi enquadrada nos demais C’s. A Categoria Central eleita “Reconhecendo os conflitos éticos em sentido amplo” constitui-se dos conflitos éticos dos enfermeiros e possui um contexto (“Contextualizando a ética na prática profissional”), uma causa (“Gênese dos conflitos éticos”), contingências (“Encontrando dificuldades para a resolução de conflitos éticos”), condições intervenientes (“Buscando estratégias para a resolução de conflitos éticos”), e consequências (“Implicações da vivência de conflitos éticos”) – QUADRO 5.

C's	Categorias	Subcategorias
Contexto	Contextualizando a ética na prática profissional	Compreendendo a acepção de ética
		Compreendendo o significado de dilemas éticos
Causa	Gênese dos conflitos éticos	Questões sociais
		Questões profissionais
Categoria central	Reconhecendo os conflitos éticos em sentido amplo	Conflitos éticos em sentido estrito
		Dilemas éticos
Contingência	Encontrando dificuldades para a resolução de conflitos éticos	Relacionadas à formação
		Relacionadas à profissão
		Relacionadas à equipe
		Relacionadas ao paciente/familiar
		Relacionadas a outras instâncias
Condição interveniente	Buscando estratégias para a resolução de conflitos éticos	Estratégias próprias do cuidado domiciliar
		Estratégias subjetivas
		Estratégias institucionais
		Rede de apoio
Consequência	Implicações da vivência de conflitos éticos	Necessidade de prática
		Diferenciando conflitos éticos institucionais dos domiciliares
		Expressando sentimentos
		Resolvendo os conflitos éticos
		Registrando os conflitos éticos

QUADRO 5 – TEMAS E CATEGORIAS RELACIONADOS AOS SEIS C's NA CODIFICAÇÃO TEÓRICA

FONTE: A autora (2011)

A partir do desenvolvimento de todas essas fases, de maneira concomitante, foi possível desenvolver um modelo teórico baseado nos seis C's de Glaser, como se verá adiante no capítulo 5 deste trabalho.

Ainda nesta fase, ocorre a validação do modelo teórico que determina se a abstração realizada com os dados brutos está adequada. Para sua ocorrência, o modelo pode ser apresentado aos participantes da pesquisa que devem reconhecê-lo (STRAUSS; CORBIN, 2008).

A validação foi realizada por dois enfermeiros de grupos amostrais distintos (um de uma US e o outro sem vínculo empregatício). Nela, foi apresentado o modelo teórico, concebido por meio de um diagrama, e houve concordância com o mesmo. Os dois sujeitos compreenderam o modelo proposto, ressaltando a forma como os dados foram organizados de forma a tornar a vivência de conflitos éticos perceptível:

É exatamente isso que eu vivencio, só que na minha cabeça não estava organizado desse jeito. Quando você veio me entrevistar, e fez todas

aquelas perguntas, não dava para imaginar que uma coisa estava ligada na outra, que tinha um gancho entre as coisas. E, agora, eu percebo que tem. (E2).

Acho que você alcançou o que queria porque é isso que acontece no domicílio quando se fala de ética. São esses os problemas que eu presencio e suas causas também são essas. As estratégias, as dificuldades, tudo está aí. (E21).

3.2 ASPECTOS ÉTICOS

Este projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná sob o Registro CEP/SD: 998.123.10.09 e CAAE: 0058.0.085.091-1 (ANEXO 1).

O trabalho seguiu as etapas preconizadas pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996), referente à pesquisa com seres humanos. Foi fornecido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE 3) para todos os sujeitos, sendo-lhes facultada desistência a qualquer momento. Para garantir o sigilo e o anonimato, eles foram codificados pela letra “E”.

4 APRESENTAÇÃO DOS DADOS

Para interpretar o fenômeno “Vivenciando conflitos éticos no cuidado domiciliar de Enfermagem”, desenvolveu-se um modelo teórico composto pelas categorias: **“Contextualizando a ética na prática profissional”**, **“Gênese dos conflitos éticos”**, **“Reconhecendo os conflitos éticos em sentido amplo”**, **“Encontrando dificuldades para a resolução de conflitos éticos”**, **“Buscando estratégias para a resolução de conflitos éticos”** e **“Implicações da vivência de conflitos éticos”** (DIAGRAMA 1).

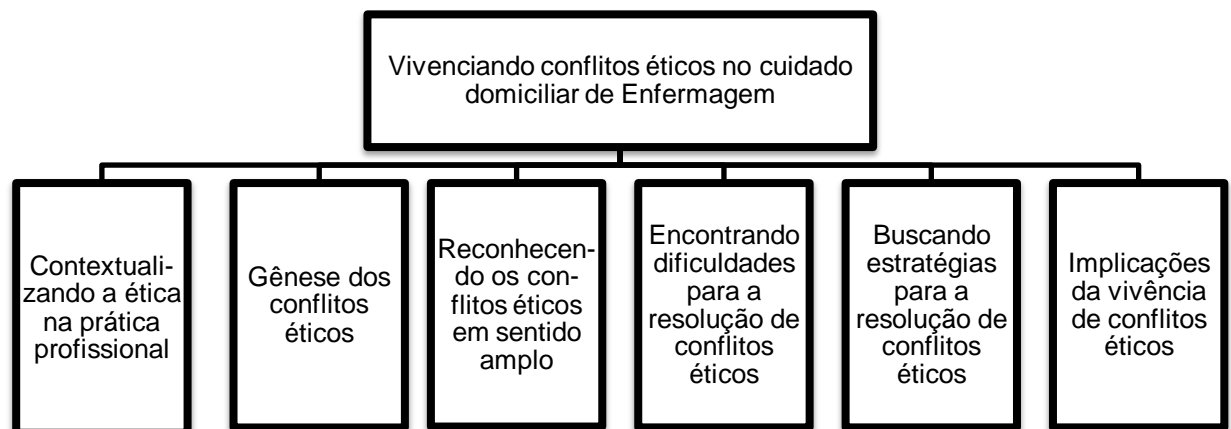


DIAGRAMA 1 – VIVENCIANDO CONFLITOS ÉTICOS NO CUIDADO DOMICILIAR DE ENFERMAGEM

FONTE: A autora (2011)

Em razão da ampla quantidade e heterogeneidade de códigos encontrados, esclarece-se que dessas categorias emergiram subcategorias que são apresentadas separadamente no decorrer do texto.

4.1 CONTEXTUALIZANDO A ÉTICA NA PRÁTICA PROFISSIONAL

Essa primeira categoria, como o próprio nome assegura, contextualiza a ética na prática profissional dos enfermeiros por meio da exposição do que eles compreendem sobre o assunto. Subdivide-se em duas subcategorias “Compreendendo a acepção de ética” e “Compreendendo o significado de dilemas éticos” (DIAGRAMA 2).

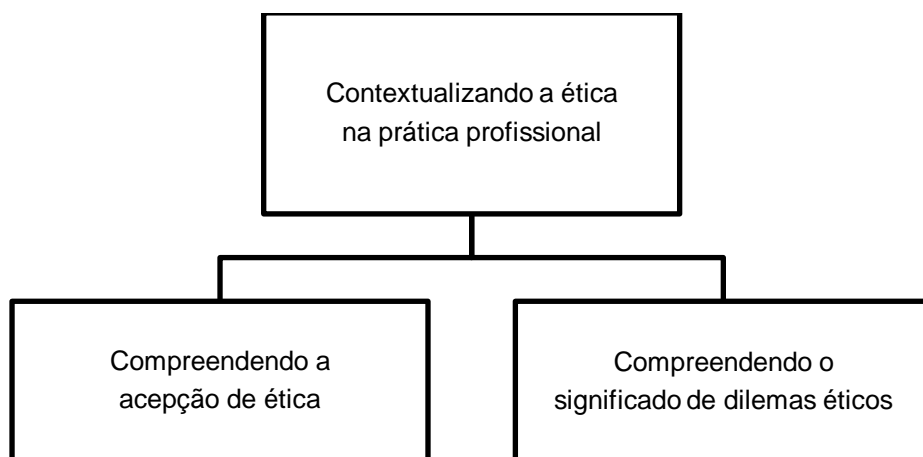


DIAGRAMA 2 – CONTEXTUALIZANDO A ÉTICA NA PRÁTICA PROFISSIONAL
FONTE: A autora (2011)

4.1.1 Compreendendo a acepção de ética

A ética pode ser vista de duas maneiras distintas, nas perspectivas da formação familiar e da formação acadêmica.

Do ponto de vista da formação familiar, a ética é associada pelos enfermeiros, notadamente, ao que se aprendeu com seus íntimos durante o crescimento e convivência com a família. Destarte, são rememorados os valores e princípios apreendidos em casa, no seio familiar, como forma de conceituar a filosofia moral.

No cuidado domiciliar de Enfermagem muito do que se vivenciou com a própria família auxilia o enfermeiro na compreensão sobre as questões éticas presenciadas no domicílio do paciente. A bagagem que o profissional traz de sua morada, seus costumes e disposições sobre o que é certo e errado amparam o entendimento do núcleo familiar do paciente, suas particularidades e seu funcionamento.

[...] porque você está entrando dentro de um lar, então, cada um tem uma estrutura, uma vivência. Muitas vezes, esses valores que você traz da sua casa, você consegue comparar, ajudar ou entender algumas situações que ocorrem no dia a dia. (E13).

Com inclusão, há aqueles que afirmem que o que foi presenciado com seus entes queridos, no decorrer de seu desenvolvimento, dando-lhes uma identidade pessoal sobre o que vem a ser correto e apropriado, tem uma amplitude maior e ajuda mais na vivência de conflitos éticos no domicílio do que o visto durante a formação acadêmica, seja por causa da pequena carga horária destinada à disciplina “Ética” ou “Deontologia” ou correlatas, seja por causa da especificidade das questões vivenciadas em casa.

Eu acho que a bagagem maior é a vivência familiar. É a nossa vivência familiar porque na universidade eles nunca entraram em questão, assim, pontual, de dar um exemplo, ‘Olha se acontecer isso...’. Falam de sigilo, de coisas que você não consegue trazer para a tua realidade. (E10).

De fato, adverte-se para o equívoco realizado entre os conceitos de ética e moral. Muito do que foi relacionado à ética deve-se, na verdade, à moral, pois ao se agregá-la com a educação, os costumes e os modos recebidos, apreendidos e utilizados para fundamentar as ações (no domicílio do paciente, no caso) está-se falando de moral. Apesar disso, esses posicionamentos foram considerados porque são parte do entendimento dos sujeitos sobre a matéria; outrossim, sabe-se, de antemão, da confusão sobre tais juízos.

Já, sob o ponto de vista da formação acadêmica, são mencionados diferentes aspectos. Primeiramente, a ética é arrolada com toda a profissão, o que significa dizer que, independentemente da área de atuação, ela está envolvida em alguma questão do trabalho do enfermeiro. É lembrada no cuidado domiciliar de

Enfermagem ou dentro das instituições hospitalares como numa UTI, na administração do serviço, nas clínicas médicas e demais especialidades.

A ética está em tudo, em todas as áreas. No cuidado domiciliar, no hospitalar, no paciente que tem uma doença, naquele outro que tem outro tipo de problema, dentro da UTI, na gerência da Enfermagem, em serviços de hemodiálise, de transplante, em tudo. (E14).

Mais do que isso, envolve diferentes profissionais, entre eles, o zelador, o telefonista e os profissionais da área da saúde como médico, fisioterapeuta, nutricionista e odontólogo. Isso é manifesto porque a ética faz parte das interações entre toda a equipe, os pacientes, os familiares, a comunidade, enfim, todo o sistema que envolve a saúde.

Considero que a ética envolve não só a área de Enfermagem, eu acho que todos os profissionais, desde um atendente, um zelador, um telefonista, todo mundo tem que ter, não importa a profissão. (E10).

Além de a formação familiar ser relacionada com a ética, esta também é percebida durante a graduação, por meio de disciplinas “Ética”, “Bioética”, “Filosofia”, “Teologia” ou correspondentes. Destaca-se que foi aludida, principalmente, a abordagem específica do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem dentro daquelas disciplinas.

Em Ética, eu tive o Código de Ética da Enfermagem. (E19).

Na faculdade, nós vimos o Código de Ética. (E20).

De acordo com o relato dos sujeitos, foi possível constatar que a ética significa realizar uma prática profissional com responsabilidade, devendo o enfermeiro comportar-se de acordo com os preceitos éticos e legais que regem sua profissão, o que se confunde com o próprio atuar com profissionalismo.

Eu, como profissional de Enfermagem, tenho que ficar na minha, fazer o meu, ser profissional, ter o profissionalismo em frente de tudo. (E12).

Ser ético é agir dentro do que está previsto no meu Código de Ética e na minha Lei do Exercício Profissional. É saber cumprir as normas da minha profissão, é ter profissionalismo. (E15).

Ainda no contexto da formação acadêmica, foi verificado que agir com ética é não ultrapassar a competência profissional, ou seja, não realizar atividades que cabem a outros profissionais, tendo-se conhecimento da função de cada um.

Para mim, parece que o que entra mais em ética é até onde a atuação profissional de Enfermagem cabe, aquilo que cabe ao profissional de Enfermagem e aonde passa a ser de outro profissional. Então, saber as medidas, ter o conhecimento da legislação profissional para saber até onde você vai, até onde você pode ir, sem prejudicar você e o paciente. (E11).

Assim sendo, para explanarem seus entendimentos sobre a ética, no contexto acadêmico, os enfermeiros trouxeram elementos relacionados, principalmente, à ética profissional e sua natureza teórica, quando é narrada a obrigação de se respeitar as normas que circundam a profissão, quem são os envolvidos e sua percepção na graduação.

4.1.2 Compreendendo o significado de dilemas éticos

O dilema ético é compreendido, primeiramente, como um conflito de decisão, uma situação ou problema no qual o profissional tem que optar por um caminho, deve fazer uma escolha e esta deve estar pautada na legislação. Conforme os sujeitos, o dilema ético é:

Um conflito de decisão que a gente tem que optar por um lado mais favorável, mais perto da verdade, mais correto, menos oneroso em termos morais e emocionais. (E3).

É quando você tem uma coisa, um problema que você não sabe se é o caminho certo ou caminho errado, você tem que decidir entre uma situação, é um dilema e ético, envolvendo ética. (E11).

Sendo um conflito no qual o profissional possui mais de uma possibilidade de decisão, o dilema requer uma resolução, portanto, é considerado como uma circunstância que deve ser resolvida porque os envolvidos, sejam pacientes, familiares ou outros profissionais, precisam de uma resposta, de uma solução e que

essa, repita-se, seja correta sob o ponto de vista da legislação e de normas éticas profissionais tanto para profissional quanto para paciente e família.

Um dilema é uma coisa que tem que ser solucionada. (E5).

Eu acredito que dilema ético envolve situações que tenho que resolver para tentar, da melhor forma possível, trazer aquilo para o que eu acredito como correto. (E8).

Pode-se verificar que há multiplicidade dos dilemas éticos sob dois pontos de vista: primeiro, são vários os dilemas vivenciados, eles acontecem com frequência; segundo, envolvem várias situações. Assim afirmou-se:

Olha, a gente lida com dilemas éticos o tempo todo. Nós percebemos sempre, são situações que envolvem a criança, o adolescente, o idoso. É uma coisa que a gente tem que se defrontar o tempo todo. (E5).

Olha, a gente tem, assim, tem vários. E um dilema tem muitas coisas envolvidas, uma situação pode ter mais de um dilema. (E2).

Outrossim, os dilemas vivenciados no cuidado domiciliar de Enfermagem ora se reparam, ora se diferem. Consoante os enfermeiros entrevistados:

Acho que o que eu me lembro mais são casos repetitivos, mais ou menos da mesma natureza. (E2).

[...] sempre falo que eu sempre tenho uma surpresa, sempre acontece alguma coisa diferente no domicílio, mas tem coisas que eu já sei, que já tenho uma dada experiência porque já aconteceu algum episódio antes e eu já sei como conduzir. (E10).

Como visto, o dilema ético comporta um conflito de decisão e sua opção é sempre difícil, trabalhosa. Nesse sentido, o enfermeiro que vivencia um dilema ético tem a árdua tarefa de ter que eleger um dos possíveis caminhos cabíveis para o seu caso concreto.

Um dilema... Ah, eu acho que é quando você não sabe como resolver mesmo, talvez não sabe nem como abordar isso. Talvez esse seja um dilema. (E4).

Um dilema ético, para mim, é isso... como que eu vou, que atitude eu vou tomar? Que postura eu vou ter perante a isso? Isso é correto? Ou é correto não fazer ou não deixar? Ou fazer de conta que eu não estou vendo? (E8).

Conquanto não envolvido diretamente com o conceito de dilema, não se poderia deixar de expor o fato de que os sujeitos consideraram difícil elucidar o que é um dilema ético, necessitando exemplificar para ilustrar suas ideias sobre o tema, porém, mesmo assim, remanesceram dúvidas se o exemplo era correto.

Pergunta difícil, não é? Eu penso que são todas as situações ou são todos os percalços que a gente encontra no nosso trabalho, no dia a dia, frente à questão da ética. (E2).

Dilema ético... Seria um abandono de idoso ou de criança? Você vê isso como ético? Foi essa a pergunta? Não sei se te respondi, mais ou menos por aí. (E7).

Após essas exposições, depreende-se que o dilema ético, para os sujeitos, é um conflito penoso entre múltiplas decisões passíveis de serem eleitas e que, obrigatoriamente, deve ser resolvido para atender as necessidades dos envolvidos.

4.2 GÊNESE DOS CONFLITOS ÉTICOS

Essa categoria comporta as causas identificadas como sendo responsáveis pela origem dos conflitos éticos relatados e possui as subcategorias “Questões sociais” e “Questões profissionais” (DIAGRAMA 3).

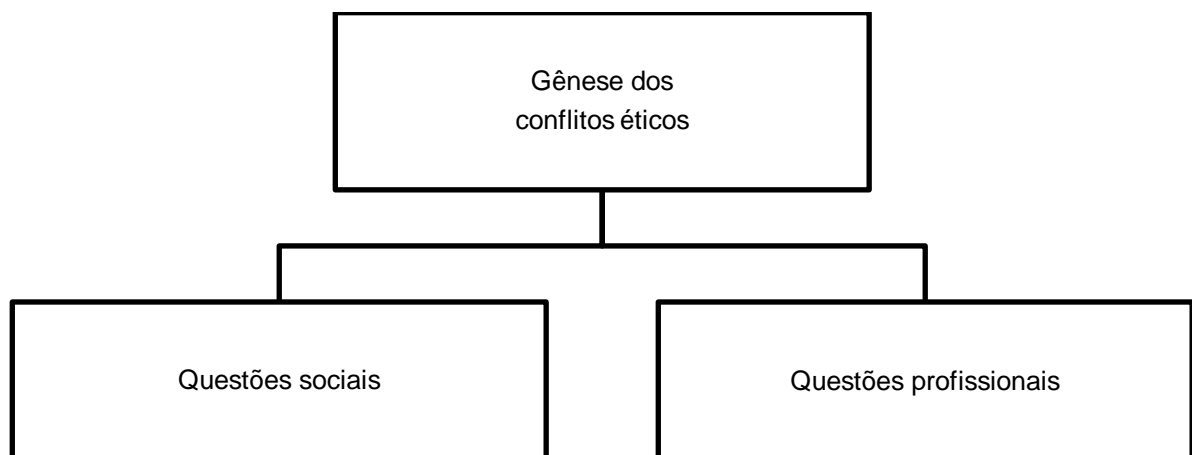


DIAGRAMA 3 – GÊNESE DOS CONFLITOS ÉTICOS
FONTE: A autora (2011)

4.2.1 Questões sociais

É mister incluir que muitos dos conflitos éticos vivenciados, segundo os entrevistados, devem-se a causas sociais e, por assim se tratar, equivocadamente os enfermeiros consideram que não são de sua responsabilidade e competência, julgando ser necessária a intervenção de outros profissionais e órgãos.

E a gente tem ali um certo limite que, às vezes, o nosso trabalho não vai para frente por conta dessa parte social. Então, isso, para mim, seria um dilema ético porque eu não sei se eu posso avançar, eu não tenho competência naquela área, mas eu quero ajudar. (E2).

A mãe sai para trabalhar e deixa o filho de 8 anos para cuidar do de 4 anos. Filho que deixa a mãe por conta dos vizinhos. Isso a gente vê todo dia. [...] Então, na verdade, não é um problema da saúde resolver, a gente teria que ter uma parceria boa com a FAS [Fundação de Ação Social]. (E7).

Uma questão social que contribui para a origem dos conflitos éticos é a falta de estrutura familiar. As brigas, as discussões, a falta de seriedade em lidar com as dificuldades do paciente, enfim, o desajuste do ambiente familiar são fatores que devem ser considerados, sobretudo porque a estabilidade e a unidade familiar são importantes para o suporte ao paciente e aos profissionais de saúde.

Para mim, as brigas entre os familiares, a falta de organização da família, essa falta de estrutura familiar pode levar a conflitos éticos. Quando eles não se entendem e mantêm posições diferentes, cada um falando algo completamente diferente, causa problemas, causa desentendimentos, inclusive, dentro da ética. (E15).

A falta de estrutura na família pode originar conflitos. Essa má relação entre os familiares leva a brigas e como prestar um cuidado adequado desse jeito? (E17).

Outro ponto destacado é a educação formal da família e de seus integrantes, ou seja, a educação escolar. Os complexos problemas de educação, levando à formação inadequada da população, interferem em outros setores como é o caso da área da saúde, cujos conflitos éticos são, também, conferidos a uma má formação escolar.

Falta de dinheiro, falta de trabalho, falta de educação e falta de estrutura familiar. Acho que todos causam problemas éticos. (E8).

Acho que começa na educação, na escola. As pessoas não têm uma formação adequada, não tem uma formação básica e não compreendem muitas questões simples. Então, essa má educação escolar pode, sim, ser a origem de conflitos éticos. (E17).

As transformações no mundo do trabalho, com a exigência cada vez maior de qualificação profissional, têm levado significativa dificuldade a diversas pessoas para se colocarem no mercado de trabalho. Tal fato tem contribuído para a ocorrência de conflitos éticos na saúde, não só pela falta de recursos financeiros que ocasiona, mas, pela própria influência que gera na autoestima do ser humano.

Eu acho que quando o familiar não tem trabalho e fica com essa preocupação interfere no cuidado prestado. E não é por causa do dinheiro que vai faltar, aquele cuidador vai ficar preocupado, vai ficar nervoso, estressado, com a autoestima baixa e, é claro, não vai prestar um cuidado adequado, podendo até maltratar o paciente diante de tanto *stress*. (E18).

Também a falta de emprego pode causar um conflito ético na família. Uma pessoa que precisa trabalhar, que está em condições de trabalhar, de estar no mercado de trabalho e não consegue, fica mal, se sente desvalorizada, desanimada e pode, sim, não dar o melhor cuidado ao seu familiar e não fazer um bom cuidado é um problema ético, não é? Nunca tinha pensado dessa forma, mas vejo que pode acontecer. (E20).

Os escassos recursos financeiros do paciente e/ou da família são mais um motivo que pode induzir problemas éticos relacionados ao cuidado prestado. Isso se dá porque, em certas situações, é preciso contratar profissionais capacitados para realizar um cuidado melhor ou mais complexo ou, ainda, mais de um profissional, considerando a especificidade de cada profissão.

Falta de dinheiro, por exemplo, pode levar a problemas éticos. É o mais barato, eu já estou pagando o serviço de cuidado domiciliar para um enfermeiro, por exemplo, e não quero pagar o médico, então, peço uma terapia farmacológica. Assim, ele [o paciente ou família] vai procurar o que é mais barato, para economizar acaba pedindo uma medicação [para o enfermeiro]. (E11).

[...] acho que a falta de dinheiro de algumas famílias acaba originando conflitos éticos e, nesses casos, você não tem como resolver. Aliás, você é mais um encargo para a família que vai ter que pagar pelo teu serviço. É complicado, sabe. (E14).

Além disso, a fim de não comprometer a qualidade do cuidado, pode ser indispensável a compra de medicamentos não disponíveis numa US, de alimentos e de tecnologias assistivas como cadeira de banho, material de curativo e outros que nem sempre são conseguidos por meio de doação ou empréstimo.

Mas, também, às vezes, a falta de dinheiro interfere. Se a família não tem dinheiro para comprar remédio ou um curativo especial ou uma fralda ou uma cama apropriada, essas coisas, isso pode atrapalhar no cuidado, o cuidado pode ser mais precário. (E14).

Dessa forma, compreensão, afeto, carinho são importantes elementos a serem observados no cuidado. Contudo, a condição financeira da família também reflete na qualidade da assistência devida ao paciente.

4.2.2 Questões profissionais

Com relação às questões profissionais que levam a conflitos éticos, diferentes pontos de vista foram referidos. Um deles se associa à falta de preparo profissional, e refere-se às lacunas que remanesceram durante a graduação sobre o conteúdo de ética, levando ao despreparo teórico do enfermeiro para a vivência de questões dessa natureza, não só no cuidado domiciliar de Enfermagem como, igualmente, na Enfermagem como um todo.

Acredito que a gente fala pouco de ética na graduação. Essa deficiência atrapalha depois. Se eu não sei do que trata a ética, se eu não sei direito o que é, como vou resolver? E se eu não sei o que é a ética posso estar criando problemas também e nem me dou conta disso. (E7).

O que dá origem? Talvez a falta de conhecimento mesmo da ética profissional de alguns profissionais. [...] Talvez a falta de educação, na verdade de conhecimento, não de educação, de que não se deve fazer, faltar com a ética, acho que é isso. (E9).

Essa deficiência foi considerada como produtora de conflitos éticos, afinal, o profissional, sem o devido conhecimento, desconhece o que é permitido, quais as

atuações que lhe cabem e quais as possíveis ações a serem concretizadas sob o aspecto da ética e da legislação.

Acho que a falta de preparo dos profissionais para trabalhar causa problemas éticos. Eu acredito que tenha mais, provavelmente, mais causa na falta de conhecimento do que lhe cabe, do que é ético, do que não é, do que é falta de ética no caso. (E11).

A falta de conhecimento sobre a ética, o que a ética é, ocasiona problemas éticos. Porque se o profissional não sabe o que é ética, não conhece seu Código de Ética, não conhece a sua legislação, pode fazer algo errado sem saber, algo contra a ética e nem sabe disso. Eu acredito, então, que o despreparo do profissional durante graduação pode levar o enfermeiro a ter problemas éticos. (E19).

Também existe a falta de ética do profissional. Há profissionais que ignoram, por desconhecimento, algumas questões da ética, contudo, há outros que conhecem e, mesmo assim, comportam-se de forma contrária aos seus preceitos, faltando com a mesma.

[...] Em algumas situações eu acho que é falta de preparo, sim. Outros até conhecem a ética profissional, porém não vivenciam isso. (E9).

Começa desde a postura profissional, inicia ali, se o profissionalismo não entrar em primeiro lugar não funciona, não basta conhecer o que é ético, tem que se agir com ética. (E12).

O relacionamento, ou melhor, o mau relacionamento interpessoal dos profissionais que atuam no cuidado domiciliar é outra questão profissional que leva a dificuldades éticas. Nessa perspectiva, a falta de comunicação, de empatia, de confiança no trabalho do outro, ou seja, a qualidade da relação entre a equipe multiprofissional é determinante para o cuidado autêntico, conforme expressaram alguns:

A gente tem uma equipe grande de pessoas que atende o paciente, e esta troca de relação com o paciente, com a família, acaba gerando alguns conflitos. (E13).

Se a equipe de saúde que presta cuidado no domicílio não estiver integrada, pode ter desentendimentos. (E14).

4.3 RECONHECENDO OS CONFLITOS ÉTICOS EM SENTIDO AMPLO

Como supra-afirmado, para este trabalho, foi considerado que o termo “conflito” é genérico, extenso, tem amplitude, o que significa considerar que engloba uma questão, um problema, uma situação e até mesmo um dilema ético. Desse modo, originou-se a nomenclatura “conflitos éticos em sentido amplo”. A propósito, ponderar que uma palavra tem extensão significa que há “aplicação extensiva do sentido de uma palavra (em oposição e compreensão)” (ÁBILA FILHO, 1986, p. 337). E, se é possível aplicar um sentido extenso a um vocábulo, pode-se apor-lhe um sentido estrito, específico.

Em vista disso, os conflitos éticos em sentido amplo abrangem os “conflitos éticos em sentido estrito” e os “dilemas éticos”. Por conseguinte, tem-se a subdivisão em duas importantes subcategorias “Conflitos éticos em sentido estrito” e “Dilemas éticos”.

4.3.1 Conflitos éticos em sentido estrito

Denominaram-se de conflitos éticos em sentido estrito aqueles problemas ou situações éticas estritas, específicas e que não evoluíram para um dilema. Englobaram situações que entram em choque com a ética, que deixam o profissional perplexo pela oposição ao que é compreendido como agir ético, mas que não chegam a se configurar como um dilema.

Essa subcategoria possui como componentes: “Extrapolando a competência profissional”, “Relacionamento com colega e/ou paciente/familiar”, “Violando o sigilo profissional”, “Preconceito”, “Violência” (subdividido em “Contra a criança”, “Contra o idoso” e “Contra o paciente terminal”), “Aborto”, “Desrespeito entre os familiares” e “Morte” (DIAGRAMA 4).

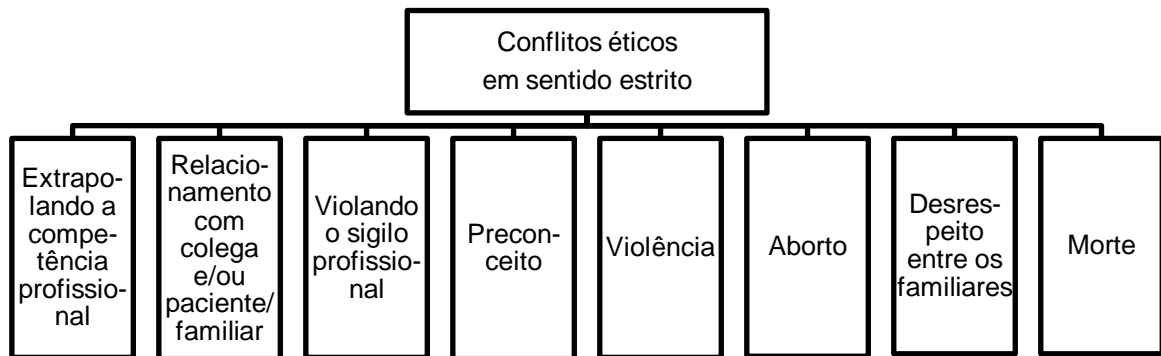


DIAGRAMA 4 – CONFLITOS ÉTICOS EM SENTIDO ESTRITO
FONTE: A autora (2011)

4.3.1.1 Extrapolando a competência profissional

Um dos conflitos mencionados diz respeito à transposição dos limites da competência profissional, momento em que o enfermeiro realiza o papel de outros órgãos que não estão ligados diretamente a ele ou de outros profissionais. Nesse sentido, foram relatados casos de enfermeiros extrapolando sua competência técnica, legal e ética quando, por exemplo, realizam o papel de outras secretarias da Prefeitura, do psicólogo ou do médico.

O familiar ou o cuidador do doente em questão pedem para você indicar alguma medicação ou que você prescreva, entendeu? São coisas desse tipo que são mais comuns [...]. Em geral são essas coisas que você acaba vivendo em casa. As pessoas querem que você tome o papel de outros profissionais que não lhe cabe e daí você, por mais que a pessoa muitas vezes fale 'Não, eu gostaria que você medicasse, que você desse o que você conhece', você tem que saber até onde vai a tua formação e até onde é pertinente você ir ou não. (E11).

Há situações em que o profissional simplesmente realiza a atividade de outros sem nenhuma preocupação ou reflexão.

Muitas vezes a gente tem que fazer o que é dos outros. Eu, por exemplo, sempre estou sozinha, eu trabalho sozinha, a família não tem nenhum médico e a gente acaba fazendo um pouco do papel do médico. (E19).

Como justificativa para a realização de atividades que não lhe competem, os enfermeiros mencionam a falta de resolutividade de determinadas contendas por outros profissionais ou órgãos. Desse modo, para que seja dada uma solução, às vezes, é preciso entrar no campo de atuação de outrem. Isso ocorre porque esses profissionais entram em contato com diversas questões do paciente que ultrapassam os limites da área da saúde, embora estejam ligados a ela indiretamente, uma vez que interferem no processo saúde/doença do paciente.

Eles [outros profissionais] não fazem a parte deles e a gente não consegue avançar na resolutividade da questão do paciente. [...] Assim, eu nunca li nada do termo dilema ético, mas eu penso isso ser um limite e a gente não consegue avançar muitas vezes, não consegue resolver, ajudar mais a família, o paciente, por conta disso. (E2).

Muitas vezes, a gente encaminha para o órgão responsável, mas ele devolve o problema do mesmo jeito. Então, sobra para nós resolvermos, fazendo o papel do... [de outros órgãos e profissionais], o que não é certo. Só que a gente pensa no paciente. (E3).

Outro ponto abordado, no contexto da competência profissional, foi a necessidade de realizar certas atividades, que não cabem aos enfermeiros, nos casos de emergência para não comprometer o estado de saúde de um paciente.

Em certas ocasiões depende, se você não tem ali no ato [outro profissional], se é um caso de emergência, alguma coisa, se você tem que fazer, a gente também não pode se omitir [...]. Você acaba intervindo. Muitas vezes, sem querer, vou ali e peço: 'Olha, desculpa, mas não teve como esperar', mas tem que intervir. (E12).

E não somente os enfermeiros foram citados como os responsáveis por suplantarem as fronteiras de sua alçada, fizeram-se referências, do mesmo modo, a outros membros da equipe que estão sob o encargo do enfermeiro como auxiliares e técnicos de Enfermagem.

A gente tem vários [conflitos que envolvem a ultrapassagem do limite da competência profissional]. É sobre o diagnóstico, já falei para você, e eu tenho muito problema com funcionários, auxiliar e técnicos, até enfermeiros, onde, como que eu posso dizer, interferem na conduta do médico, no diagnóstico, dá o seu parecer, sabe? (E10).

4.3.1.2 Relacionamento com colega e/ou paciente/familiar

O relacionamento que ocorre entre os colegas de profissão e o paciente e/ou sua família, às vezes, prejudica o cuidado prestado, afinal, mesmo que indiretamente, o paciente pode ser afetado.

Com os colegas, aludiram-se casos de profissionais que falam mal de outros profissionais para o paciente ou sua família, colocando em dúvida a qualidade do trabalho apresentado.

Já vivenciei, é de uma outra profissional que, na realidade, fala para a familiar do paciente que o nosso serviço de Enfermagem não é competente e isso gerou muito problema entre os cuidados de Enfermagem, nossos cuidados com a parte do trabalho dela. (E13).

Por outro lado, com o paciente, o vínculo criado com ele e sua família, no domicílio, foi considerado, por vezes, demasiado íntimo e comprometedor do cuidado realizado pela Enfermagem. Um dos entrevistados enfaticamente relatou que a relação descomedida atrapalha:

Como aqui é uma Unidade de Saúde que as pessoas, no caso, vão tendo uma certa intimidade até com os próprios funcionários, acaba virando tipo conversa de balcão de boteco. Isso me incomoda muito aqui dentro. No domicílio é pior, eles não veem a visita como um trabalho, acham que a gente está passeando e quando voltam à Unidade tratam a gente como amigo íntimo. Às vezes, o vínculo atrapalha. Então, esse tipo de coisa a gente vê todo dia. (E7).

Apesar da importância de se criar uma conexão com paciente e família, principalmente no cuidado domiciliar de Enfermagem, os profissionais apontaram que é preciso manter o profissionalismo, saber se comportar e separar o que é do trabalho daquilo que pertence à vida privada.

É por essa proximidade, diferente do hospital que o enfermeiro vê o paciente uma vez na vida e, provavelmente, nunca mais vai ver. No domicílio como você vê ele, tem 5 dias na semana e você vê ele 7 dias [nesse caso, o sujeito quis afirmar que vê o paciente várias vezes em uma semana], então, acaba criando muita intimidade. O familiar chega a tratar a gente como se fosse coleguinha de esquina. E eu acho que falta a gente se

posicionar em relação a isso para, também, impor respeito mesmo, se impor como profissional. (E9).

Ainda nesse contexto, há profissionais que extrapolam a questão do relacionamento estabelecido, agindo com certa liberdade no domicílio do paciente.

Eu tive um caso com uma auxiliar de Enfermagem, faz uns seis meses, e a esposa do cliente que nos contratou sempre elogiou a auxiliar, até que um dia eu fui sozinha, no horário em que ela não estava. E aí o que me aconteceu, a esposa do paciente me disse que tinha uma reclamação para fazer, que a funcionária 'ela come a minha comida', 'ela não traz a comida dela', sendo que a gente orienta ela a levar um lanche [...], só que a reclamação da contratante era que a funcionária abria a geladeira e comia a comida dela, então, quando ela ia pegar e queria uma coisa não tinha, ela tinha comido. Uma coisa absurda, assim, não é? (E10).

4.3.1.3 Violando o sigilo profissional

A violação do sigilo profissional é uma questão ética bastante presente na prática dos profissionais de Enfermagem que atuam com o cuidado domiciliar. Há circunstâncias em que a revelação de determinada informação se faz necessária, sendo importante compartilhá-la com outros profissionais ou com familiares e responsáveis pelo paciente.

Acho que em algumas situações você não tem como [...] manter essa ética e, às vezes, você tem que passar, infringir a ética. Às vezes, a gente tem que, vai na casa... vai fazer uma visita, por exemplo, e eu tenho que contar para todas as equipes... acaba abrindo aquilo, o segredo. Você não quer, mas precisa para defender aquela situação. (E6).

A mulher, ela sabia que era HIV positivo. O esposo não sabia e acabou que, numa visita, foi revelado pela médica. Porque é um direito dele. [...] Aí que está, é uma questão ética, eu também estou falando sem muito conhecimento de causa, mas me parece que existe esse direito, de revelar, aquele que está sendo enganado, está desprotegido. E, no fim, ele já tinha adquirido a doença, daí que ele foi fazer exames, ele estava pior que ela. Então, como que não vai falar? Meu Deus! Pensa, que complicado. Essas coisas aí pegam muito para a gente. (E5).

Considerado como um grave problema ético, ressalta-se que foram lembrados exemplos em que o sigilo foi conservado para se preservar o paciente ou revelado por ser um direito dele.

Teve uma situação em que uma moça esteve aqui fazendo o pré-natal e ela não queria que os pais ficassem sabendo que ela estava grávida porque o pai estava quase morrendo e aí não pude contar. A mãe não podia ficar sabendo, nem o pai. Ela ia contar isso para a mãe depois, quando fosse a oportunidade. O pai acabou morrendo e ela não contou para o pai, o pai ficou nem sabendo que ela estava grávida. Eu tinha questões de estar mandando exames para ela, e a gente não podia mandar nada para a casa dela, para a família não ficar sabendo. Então, você acaba tendo que manter sigilo. (E7).

Ah, teve casos da família chegar em você: 'Olha, ele não sabe que tem isso, vamos, ainda, não contar'. [...] Mas se ele começa a te perguntar, se ele quer saber o diagnóstico dele, tem um ponto que não tem como você esconder, você tem que abrir o jogo para ele, aí que entra a questão ética sua, porque ele tem direito de saber o que ele tem. Então, a gente tem que falar, tem que contar. Assim, de primeira, você até consegue, mas passou um tempinho não tem mais, você tem que chegar, abrir o jogo, dizer o que tem, explicar o tratamento, tudo o que vai acontecer com ele certinho. (E12).

Os enfermeiros adquirem, corriqueiramente, informações sigilosas dos pacientes sob seus cuidados e, infelizmente, revelam-nas imerecidamente, trazendo consequências sérias para os envolvidos.

Eu lembro um caso de quando eu entrei aqui, a gente recebe aquela DNV, Declaração de Nascidos Vivos. Fui fazer uma visita e o pai, suposto pai, estava lá no quintal, eu falei 'Como está a sua esposa?' e aí ele falou 'Por que quer saber dela?', respondi 'Porque ela teve um bebê, não é?', daí ele falou 'Ela teve um bebê???'. Ele não sabia que ela tinha tido um bebê. Na realidade eu tive que contar para ele que a esposa tinha tido um bebê porque ela escondeu a gestação inteira dele. Era de outro homem e ela foi para o hospital e não sabia que a gente recebia DNV na Unidade. Imagine a situação, eu ter que colocar, para esse pai, que a mulher tinha tido um filho. Aquilo na época deu um problema sério. (E4).

A quebra do sigilo profissional ocorre quando o enfermeiro revela as informações não só para o familiar do paciente como, também, para outros colegas ou em atividade acadêmica.

Assim, a gente vivencia coisas do tipo assim, por exemplo, o paciente te conta alguma coisa, conta para alguém, e aí essa pessoa conta na cozinha a vida desse usuário [...] (E7).

Além de enfermeiro, sou professor, e conto diversos casos de pacientes em sala de aula, para exemplificar, para que os alunos entendam melhor. Claro que não falo o nome do paciente, não identifico ele, mas estou revelando segredo de um paciente que eu cuidei. Vai que um aluno sabe quem é o paciente, que, pela história, ele consegue saber quem é, nunca se sabe... (E19).

Outros profissionais estão envolvidos com a revelação indevida do segredo como são exemplos os agentes comunitários de saúde que adquirem muitas informações sobre o paciente, sua família e seu estado.

Que eu vejo bastante o agente comunitário, ele não tem muito essa questão de ética, por mais que você... a gente dê um treinamento, você fale, converse sobre o sigilo, mas eles acabam conversando, acabam comentando, não com a comunidade, mas aqui no trabalho mesmo, de um em outro... acho que perde um pouco isso. (E6).

4.3.1.4 Preconceito

Um assunto de bastante repercussão foi o preconceito praticado por alguns profissionais da Enfermagem no cuidado domiciliar. Salienta-se que esse desrespeito não é restrito à Enfermagem, mas cometido por outros profissionais da área da saúde.

Olha, tanto no hospital quanto no domicílio tem muito preconceito, tem muito profissional agindo com preconceito, é... sendo preconceituoso, discriminando mesmo os pacientes. No hospital o profissional não tem como escolher o paciente, ele está ali e tem que ser cuidado, mas no domicílio o enfermeiro pode escolher quem ele quer cuidar e, às vezes, ele escolhe mesmo e, assim, está discriminando de alguma forma aquele paciente que ele não quis cuidar. (E18).

Uma das fontes geradoras dessa discriminação está relacionada a pacientes com comorbidade psiquiátrica, mais especificamente à dependência ao álcool.

Tem pessoas aqui que têm preconceito por alcoolista, não querem atender, não gostam, não querem ir na casa. Se for perguntar 'Quem gosta de saúde mental aqui?' Ninguém ergue o dedo porque ninguém gosta, ninguém gosta de pessoa que tem dificuldade de cabeça, de desequilíbrio, talvez por conta, não da sua formação, tipo assim 'Olha, vc devia se despir de qualquer preconceito'. Você está com o paciente na tua frente e você tem que fazer,

tem que falar do teu conhecimento, mas você não pode contar a tua opinião. E a gente vê, infelizmente, eu converso com as pessoas e quando a gente vai discutir um tema a gente vê 'eu não quero'. (E2).

Outra coisa, eu acho que não tenho estrutura para atender a questão do álcool e das drogas, já achei que era sem-vergonhice e fui estudar melhor e vi que era uma doença e tal. Eu tenho condições de atender, mas [...] eu prefiro que outra pessoa vá na casa para atender. Então, essas coisas, eu acho que precisa ter um pouco de consciência. (E7).

Existem profissionais de Enfermagem que discriminam pacientes conforme os cuidados que eles requerem. Aqueles que necessitam de ações de Enfermagem mais acuradas ou complexas ou, ainda, mais cansativas, são rejeitados pelos profissionais.

Infelizmente a gente tem colegas que escolhem o paciente. Já aconteceu de eu levar o profissional para trabalhar, está tudo ok, eu levo, 'vamo lá conhecer a família', eu tenho este tipo de conduta, eu pego e levo o profissional, primeiro eu tenho uma conversa igual essa que estou tendo com você. Depois eu levo até à casa, apresento para a família, explico o que tem que fazer. [...] Mas já aconteceu, 'não, eu não quero', 'ah, troca fralda, não', 'ah, tem que dá banho de leito, não'. Enfermeiros, colegas enfermeiros, que acha que enfermeiro não tem que fazer esse tipo de coisa. Achar que enfermeiro não é assistencial, que enfermeiro é só gerenciamento. (E10).

E há outros que discriminam pacientes por sua orientação sexual.

Já vi médicos, é um absurdo isso, mas já vi negando fazer visita a um paciente HIV por ele ser homossexual. Ele não disse que é por isso, mas nas conversas informais a gente percebe que ele tem preconceito. (E17).

4.3.1.5 Violência

Hodiernamente, a violência é ponderada como um grave problema de saúde pública em todo o mundo. Dessa forma, um conflito ético recorrente na área da saúde, referido pelos sujeitos, foi a violência contra a criança, o idoso e o paciente terminal.

Com relação à criança, foram aludidos eventos de abuso sexual, de agressão física, de abandono, de negligência, de prostituição infantil.

[...] eu lembrei agora, a gente teve um caso de uma criança que estava sendo molestada pelo vizinho e a gente encaminhou tudo o que precisava, mas a mãe era resistente. Ela sempre negava. (E1).

A gente trabalha muito com criança vítima de violência, todos os tipos de violência. Quando é violência, vamos dizer assim, violência sexual, é muito rápida a coisa, acontece muito rápido. Aquela violência imensa, coisa de outro mundo, aquela aberração. (E3).

Também foram considerados como exemplos de violência, vivenciados pelos profissionais, a falta de vacinação da criança por recusa da mãe e casos de crianças que presenciam o uso de drogas em casa.

E criança eu já vi, uma criança de nove meses que a mãe não tinha feito nenhuma vacina nela. Para mim, então, é uma negligência... violência... negligência. (E6).

E quando é aquela violência que a mãe, por exemplo, usa drogas e as crianças estão vendo e ela leva o parceiro para dentro de casa que usa drogas, quer dizer, as crianças estão sofrendo o mesmo tipo de violência, só que não se tocam, pode até vir a sofrer uma violência sexual, mas não está caracterizado, não aconteceu ainda. (E2).

A respeito do idoso, foram identificados exemplos semelhantes aos das crianças quanto à violência sofrida. O problema torna-se mais grave considerando-se o evidente aumento do número de idosos no país e as incapacidades e fragilidades circunscritas a essa faixa etária, que levam à dependência de cuidados de outras pessoas. Citaram-se como violência contra o idoso o abandono e a negligência.

Então, a gente vê idosos que estão três, quatro anos nesse abandono, foram feitas tantas ações e não foi resolvido nada. Ele só está ali por Deus mesmo, não é? Então, eu não vejo uma coisa muito, assim, efetiva, até na própria criança, no abandono da criança. Eu participo da rede de proteção aqui e a gente discute, discute, mas a situação está lá igual. (E7).

Tem casos de idosos que... que seus familiares não cuidam direito, os parentes não cuidam direito, eles negligenciam o cuidado. Já aconteceu de eu chegar na casa do paciente e pegar ele com a mesma fralda, a fralda que eu deixei no plantão anterior. Isso é negligência para mim. (E20).

Outra forma de violência ocorre quando os familiares do idoso usurpam a sua fonte de renda, utilizando-a para fins impróprios e diversos do cuidado necessário aquele ser.

Eu já tive uma situação ali de cuidado de família em relação a ficar com dinheiro da idosa. Não é da minha microárea, mas o familiar ao invés de cuidar, ficava com o dinheiro... Para mim, então, é uma negligência... violência... negligência. (E6).

Em regra, os familiares dos pacientes idosos são os responsáveis pela violência cometida, sendo que deveriam ser a primeira fonte de suporte para o cuidado. Assim, o enfermeiro deve focar não só o paciente, mas sua família de modo a identificar casos de agressão e encaminhar para as instâncias devidas.

Eu acho que é mais essa questão mesmo do familiar, mesmo, da falta do familiar, do comprometimento com tua mãe, com teu pai. Isso tem bastante. (E1).

É uma situação delicada e complicada quando se tem um familiar culpado pela violência, afinal, trata-se de alguém que deveria ter laços afetivos e, por consequência, mais estreitos com aquele ente idoso. É uma pessoa que deveria proporcionar mais segurança e carinho, mas, isso não ocorrendo, apesar da proximidade, torna-se mais difícil aproximar e efetivar uma ligação entre eles.

No cuidado domiciliar tem a questão do idoso. Quando os familiares não querem cuidar da pessoa que está doente e aí a gente fica numa situação complicada porque vínculo a gente não consegue ensinar, ou fazer, ou ele tem um vínculo ou não tem. A gente não pode forçar esse vínculo. (E3).

Embora comumente o familiar esteja envolvido, existem episódios nos quais cuidadores formais são os culpados por negligenciar o cuidado ao paciente idoso.

Tinha uma cuidadora que não era familiar que administrava a casa de dois idosos, controlava os gastos com curativo [...], controlava o banho. [...] O curativo era diário, mas ela não liberava o uso de curativo especial para manter uma barreira maior, já que o paciente não tomava banho. [...] E os filhos desse casal confiavam tanto naquela cuidadora, que não enxergavam como os pais estavam sendo mal cuidados. A gente tentou intermediar, mostrar de uma forma bem leve, até porque você chegar e acusar alguém que eles confiavam tanto, como se fosse um familiar, não era uma situação fácil. (E11).

Uma das dificuldades no cuidado domiciliar de Enfermagem, para se dar seguimento ao cuidado de um idoso que sofre violência, é justamente o ambiente onde ocorre, ou seja, o domicílio, um lugar privado e que nem sempre está disponível para o profissional.

O Fulano era um bombeiro que caiu da árvore, a esposa era muito frágil emocionalmente, [...] reclamava o tempo todo que a vida dela acabou, que ele ficou ali, que não prestava mais para nada. [...] Era depressiva e alcoolista. Tem que fazer as visitas até mais de uma vez na semana, só que ela não deixava a gente entrar sempre. Ele acabou falecendo faz uns três meses. Não que ela não cuidava, mas não era aquele cuidado e a instabilidade, uma hora parecia que estava fazendo com vontade, outra hora queria largar mão. Fechava a porta, saía de casa. Uma coisa muito sofrida para todo mundo, inclusive para ela, é lógico. (E5).

Tem uma situação de uma senhorinha que a gente ia na casa dela e hoje o filho não deixa a gente entrar lá, diz que ela está morta, ele não quer mais, deixou de mão a mãe. Então, ele meio que não deixa a gente fazer a visita e ele diz que não precisa, meio que bloqueia a nossa entrada lá. Ela teve câncer [CA], CA de esôfago e teve uma queda, fez fratura de fêmur e ela não consegue andar direito, nem se alimentar. Na época ele fazia uma sopa para ela, deixava essa sopa a semana inteira na geladeira e ia dando, [...] daí um dia a gente falou: 'Imagine o senhor ter que comer essa sopa a semana inteira, como seria bom'. E agora ele não deixa a gente ir, a gente não consegue entrar lá. Eu vejo que é negligência mesmo no caso dele. (E6).

A violência contra o idoso está relacionada, igualmente, ao uso de drogas. Nesses casos, os conflitos envolvem a falta de tratamento de pacientes drogaditos e os familiares, muitas vezes idosos, sofrem agressões. A presença de usuários de drogas no ambiente familiar desestrutura a família, assim como a própria sociedade na qual eles estão inseridos, sendo imprescindível realizar o cuidado a todos os envolvidos.

[...] Tem muito idoso na minha área que apanha do filho, do neto mesmo, por causa da droga. Eles precisam do dinheiro para comprar droga e, às vezes, a única renda dessa família é a aposentadoria. Sobra para os idosos [...]. (E1).

[...] Questão de droga, às vezes, tem famílias que vêm nos procurar, o que a gente pode oferecer nessa situação? Vários vêm procurar a equipe 'Olha, eu preciso que me ajude porque ele está quebrando tudo na minha casa'. O que a gente pode oferecer? (E2).

E outra coisa que a gente percebe, que não sei se se enquadra, é o caso de usuários de droga que moram com a pessoa idosa e ela tem que sustentar aquele vício, aquela mãe que não consegue tratar o filho, ou dá o dinheiro para o filho usar droga e mantém o vínculo ou vai contra ele e fica sem vínculo. Às vezes, é um vínculo doentio. (E3).

Dentro da violência, referiu-se, igualmente, aquela atentada contra o paciente terminal. Embora a morte faça parte do ciclo biológico do homem, espera-

se que ao final dele, sejam fornecidos cuidados essenciais, consideração e dignidade por todos que o cercam, familiares ou não.

Já vi paciente terminal mal cuidado, sim. Mas a gente tenta demonstrar a todos que cuidam para prestar uma melhor assistência, mostrando a importância de todos os cuidados a serem feitos, e fazer com que o profissional se ponha no local, no lugar do paciente, fazer com que a família também entenda que é necessário realizar alguns cuidados essenciais neste final de vida, que a pessoa está ali e precisa de conforto. (E13).

Eu tinha um paciente que era terminal e que a família não cuidava direito, ele estava caquético e tinha fome. Eu dizia como deveriam alimentar o paciente, o que ele podia comer e que deveria comer, só que a família não dava porque dizia que 'dava um desarranjo no intestino' e, assim, só dava bolacha de água e sal para ele. Ele morreu. (E18).

4.3.1.6 Aborto

Trata-se aqui do aborto desejado pela paciente em situações em que não é permitido. Nem sempre ele é concretizado, mas existe a manifestação da paciente em interromper a gravidez.

Um mais prático, por exemplo, [...] tem uma gestante com uma gravidez indesejada que estava desesperada, que queria o aborto. Isso nós percebemos numa visita domiciliar, ela não vinha na US e tivemos que ir atrás dela e naquele ambiente pudemos perceber. (E3).

O abortamento, ou a revelação da vontade em realizá-lo, foi percebido, especialmente, em pacientes adolescentes. Segundo os enfermeiros, elas não possuem a preocupação em evitar uma gravidez, não há nenhum planejamento familiar adequado, mesmo cientes sobre os métodos contraceptivos.

Tem muita adolescente que, quando a gente vê, já perdeu o bebê. Não temos certeza se fez aborto, mas é o que tudo indica. E não é só uma vez, às vezes, acontece mais de uma vez com aquela adolescente e não por falta de conhecimento porque elas sabem como se prevenir. (E2).

As adolescentes de hoje são muito inconsequentes. Elas sabem como se fica grávida, sabem que tem que se cuidar, nem tem um parceiro fixo, e engravidam. Daí, a solução que encontram é o aborto. (E4)

Além de uma situação ilegal, o aborto, ou sua tentativa, traz à tona a questão de como é realizado, podendo ocasionar riscos à saúde e vida das pacientes. Elas utilizam medicamentos abortivos, cujos demais efeitos são desconhecidos como a malformação fetal, exemplificadamente.

E por serem jovens, crianças até, ter um nível escolar baixo, o aborto é feito de qualquer jeito. Tomam um remédio que a vizinha falou e nem sabem o que pode acontecer com elas. O pior é quando não conseguem abortar e a criança nasce cheia de problemas. (E7).

Eu conheço uma pessoa que, logo que eu entrei aqui, fui fazer uma visita e ela chegou e me falou 'Olha, eu tô grávida há 5 meses e tomei cytotec e tô com cólica, tomara que eu perca', e ela não perdeu o bebê, a criança tem inúmeros problemas. Na verdade, ela está numa negação, achar que não é por conta disso, e a gente sabe que é por conta do cytotec. (E7).

4.3.1.7 Desrespeito entre familiares

O cuidado domiciliar ocorre, como o próprio nome indica, no domicílio do paciente e este é um lugar pessoal, de privacidade e, por assim ser, o enfermeiro que ali atua pode presenciar eventuais desentendimentos entre os familiares. Disso decorrem repercussões negativas no profissional e, evidentemente, no paciente, razão pela qual ocorrem conflitos éticos.

Quando eu estava fazendo as visitas de mamãe e bebê, eu já cheguei na casa e estava a mulher chorando muito porque ela e o marido, assim, pararam de brigar porque eu cheguei, mas porque estavam discutindo o nome do bebê, sabe, não estavam entrando num acordo. E a gente não sabe o que fazer. (E8).

No que concerne ao desrespeito vivenciado, percebe-se que os enfermeiros mantêm imparcialidade, não se envolvendo e interagindo para amenizar as confusões e desentendimentos dentro da casa do paciente.

Às vezes a gente vivencia isso. Vivencia, mas a gente tem que fingir que não viu, não é porque a família ali está junto, vamos supor, a esposa está junto com o marido, eles estão tendo uma discussão. Eu como profissional de Enfermagem tenho que ficar na minha, fazer o meu, ser profissional, ter o profissionalismo em frente de tudo. (E12).

Geralmente acabo não me envolvendo com este determinado tipo de situação. (E13).

Esses exemplos são considerados como conflitos éticos em razão da reflexão que causam nos profissionais sobre o comportamento do paciente, de seus parentes, das normas que regem naquela família e sobre as próprias atitudes a serem tomadas nessas situações.

4.3.1.8 Morte

Outro ponto levantado foi a questão da morte, observando-se uma preocupação dos familiares quanto à finitude da vida de seu ente querido. Apesar do prognóstico “morte” ser inevitável a todos os seres humanos, pacientes com a iminência da morte causam bastante expectativa aos cuidadores.

Eu acredito que muito do que eu vivencio, a família com a qual eu cuido do paciente, que se fala muito em morte durante o cuidado, e o medo que eles têm que ele morra, não sabem como e quando, e se vão estar sozinhos perante a isso, eu acho mais que, o que eu mais sinto é a questão da morte, que eles sempre me perguntam. (E13).

A família me pergunta muito sobre quando o paciente vai morrer. Não que seja desejo deles, mas eles querem saber se falta muito tempo de vida. Eles têm medo, tem preocupação quando gostam bastante, eles não querem deixar aquela paciente ir. E como enfermeiro, por causa da nossa experiência, sabe, eles acham que podemos responder se falta muito tempo de vida ou não. Eles sofrem junto com o paciente e é difícil responder essas perguntas sobre a morte, não é um assunto fácil de se falar. (E19).

Um assunto bastante subjetivo (e um desafio) que deve ser abordado pelo enfermeiro no planejamento do cuidado de pacientes terminais, uma vez que a população tem dificuldades para a compreensão dessa fase final da vida. Sendo assim, foi considerado imperioso o fornecimento de informações à família sobre o processo de morrer a fim de torná-lo o menos prejudicial aos seus membros e ao próprio paciente, propondo-se e seguindo-se uma abordagem humanística e ética.

Muitas famílias têm dúvidas sobre a morte do paciente, se o paciente vai morrer, quando vai morrer, como agir. Eu não tenho muita experiência nisso, não vi muitos pacientes morrerem, mas já percebi que no meu trabalho, principalmente, no domicílio do paciente, é preciso orientar a família. Então, a gente vai atrás, conversa com um, conversa com outro, para tentar esclarecer um pouco a família, confortar a família. Acho que isso também faz parte do nosso trabalho. (E20).

4.3.2 Dilemas éticos

Os dilemas éticos, aqui incluídos, são aqueles conflitos nos quais os enfermeiros possuem dúvidas sobre qual conduta seguir, sendo que, os mesmos ocorreram em menor proporção que os conflitos éticos em sentido estrito. Essa subcategoria possui como componentes: “Consentimento da família: a quem respeitar?”, “Capacitação do cuidador: qual o limite?” e “Condições financeiras escassas: como proceder?” (DIAGRAMA 5).

Aclara-se que, considerando que o dilema envolve escolha, que se trata de um conflito no qual há mais de um caminho a se optar, decidiu-se por nomear essas subcategorias em forma de perguntas.

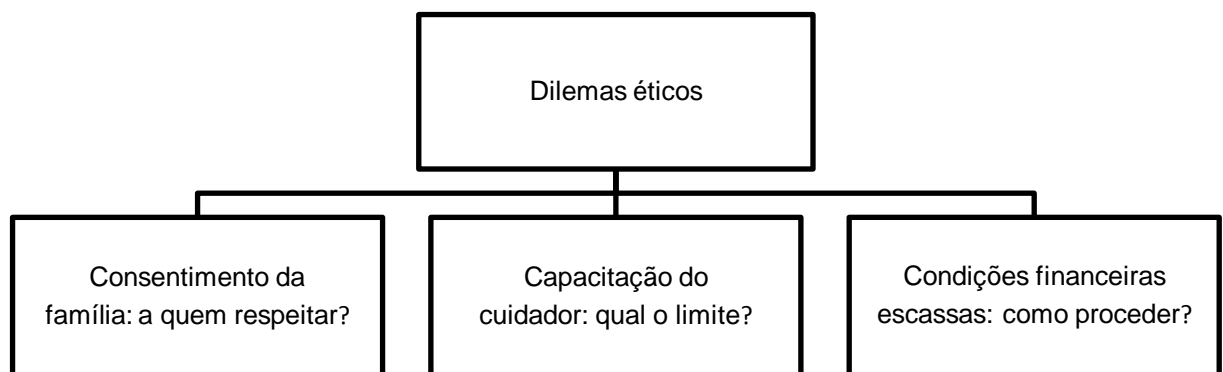


DIAGRAMA 5 – DILEMAS ÉTICOS
FONTE: A autora (2011)

4.3.2.1 Consentimento da família: a quem respeitar?

Para a realização dos cuidados ao paciente, especialmente no domicílio onde é preciso, inclusive, autorização para entrar, o enfermeiro necessita do consentimento da família. Todavia, há familiares que se recusam a fornecer tal aquiescência em situações de grande relevância para o estado do paciente.

[...] Tentamos fazer de tudo, ficamos mais ou menos um ano para conseguir uma consulta com um psiquiatra até que nós conseguimos, depois de um ano e pouco nós conseguimos um psiquiatra para ir no domicílio porque ela não aceitava interná-lo. Era uma história que precisava de um internamento mesmo, usar outros medicamentos, injetáveis talvez, para poder ficar mais calmo, para poder aceitar algumas situações. Então, também nos falta, às vezes, o que é um dilema, o recurso para poder estar ajudando. Nós deveríamos internar, mas a mãe não aceitava, como é vai internar uma pessoa se a família não aceita. (E2).

O paciente nem sempre está sozinho, às vezes, ele está envolto por diversos familiares e, considerando o seu estado de saúde, é importante que alguém assuma a responsabilidade pelo seu tratamento e cuidados. O conflito surge quando não há um único responsável, mas a interferência de vários, cada um com um posicionamento diferente. Dessa forma, o enfermeiro fica na dependência de um consenso entre as diversas opiniões.

Brigam na frente do paciente. Cada filho te diz uma coisa e você não sabe o que fazer. Claro que opto por fazer o que é melhor para o paciente, mas é difícil, sabe. Um te dá consentimento para uma coisa, o outro não te dá, você fica maluca com eles. (E14).

O dilema ético no primeiro caso está entre ir contra a decisão da família e afetar o vínculo criado, o que é essencial em se tratando de cuidado domiciliar de Enfermagem, ou respeitá-la sem, no entanto, prejudicar o paciente. No segundo caso, o dilema ocorre quando se tem que definir qual consentimento de familiar seguir, sem, também, comprometer a relação com a família.

4.3.2.2 Capacitação do cuidador: qual o limite?

Não pode ser ignorado que, apesar das benesses que o cuidado domiciliar proporciona, ele traz uma tônica circunstância no que diz respeito à falta de capacitação dos cuidadores. Estes não possuem uma formação técnica e na presença de um familiar enfermo veem-se numa situação delicada quando são necessários cuidados especializados para manter um nível de cuidado de qualidade.

O enfermeiro, por seu turno, fica numa posição conflitante, pois está diante de um dilema quando tem que optar por ensinar ou não atividades da Enfermagem a cuidadores leigos.

É um problema muito ético, até que ponto eu posso capacitar e até que ponto não devo capacitar? Sendo que é aquela pessoa que vai ficar 24 horas, entre aspas, com o paciente, com o seu familiar em casa. Mas até que ponto eu posso capacitar, até que ponto eu posso ensinar ou não alguma coisa de competência técnica do enfermeiro ou mesmo do auxiliar de Enfermagem? Eu acredito que é um dilema ético muito grande. (E8).

Nós temos que capacitar o cuidador para os momentos em que nós, profissionais, não estamos ali. Mas até onde eu posso ir, o que eu posso ensinar? Eu não posso estar ali 24 horas e tem famílias [...] que não têm condições de contratar um enfermeiro para o tempo todo. Às vezes, me contratam só à noite, [...] nos outros períodos o paciente fica sem profissional, os familiares é que cuidam. Então, assim, eu tenho que ensinar determinadas coisas, como um medicamento deve ser dado, o que ele ocasiona, como se vê a pressão, como se troca uma bolsa de colostomia e até como se aspira o paciente. E é um dilema ter que ensinar essas coisas, sabe, essas atividades que são nossas, que competem a nós. (E14).

O dilema está entre instruir o familiar quanto a uma atividade específica da Enfermagem, sendo que é necessário o registro no Conselho Profissional, ou não instruí-lo sendo que o paciente poderá ficar sem um cuidado fundamental para sua condição.

4.3.2.3 Condições financeiras escassas: como proceder?

A falta de condições financeiras da família é um dilema ético no contexto do cuidado domiciliar. Isso ocorre porquanto, para realizar um cuidado adequado, é necessário recurso para a compra de medicamentos, curativos especiais, fraldas, entre outros que nem sempre estão disponíveis na rede pública, e até de alimentos.

Tem um paciente muito próximo de nós e ele é um paciente esquizofrênico. [...] A mãe é uma catadora de papel e eles viviam, dentro das dificuldades, até numa forma de organização muito interessante. Ele não come comida de casa, só come marmitex, não aceita a comida de casa porque ele acha que tem alguma coisa, coisa da esquizofrenia mesmo. E, então, ela está sempre batalhando para poder trazer essa comidinha para ele. Ela perdeu o esposo e veio pedir ajuda, dinheiro mesmo, e que apoio você vai dar numa situação dessa? (E2).

Vamos pegar o financeiro, eu orientei uma família, um paciente que tem uma ferida e a cicatrização dessa ferida depende de um tipo de alimentação que a família não tinha condições de arcar com aquele tipo de alimentação. Então, é um dilema ético, para mim, isso, como que eu vou, que atitude eu vou tomar? Que postura eu vou ter perante a isso? Eu vou comprar e vou dar? Isso é correto? Ou é correto não fazer, ou não deixar, ou fazer de conta que eu não estou vendo? (E8).

O enfermeiro vive num dilema porque sente a necessidade de ajudar financeiramente certos pacientes/famílias, o que não se configura como uma obrigação, ou ignorar essa dificuldade, sabendo que o cuidado realizado poderá ser mais precário.

Pode ser necessária, ainda, a contratação de cuidadores em determinadas ocasiões como, por exemplo, nas ausências do cuidador familiar ou para a realização de cuidados mais complexos. No entanto, há casos cujos recursos financeiros da família são escassos e não permitem que se contrate um profissional.

É um dilema, também, quando a família não tem dinheiro para contratar um profissional qualificado para prestar um cuidado mais adequado. Então, o paciente fica sozinho enquanto o familiar está trabalhando. E esse familiar ou várias pessoas da família precisam trabalhar para poder se sustentarem e também o paciente. Nossa, isso é um dilema, o que a gente pode fazer? Também não dá para tirar aquela pessoa do convívio familiar. (E15).

Inclusive, há profissionais que, na presença desse tipo de dilema, optam por prestar seus serviços sem que exista uma contraprestação por parte da família.

Eu já trabalhei de graça, já fiz plantão de graça. Eles não podiam me pagar por mais plantões, eu tive dó, eu tive pena e, ainda, eram meio conhecidos. (E18).

4.4 ENCONTRANDO DIFICULDADES PARA A RESOLUÇÃO DE CONFLITOS ÉTICOS

Os enfermeiros que vivenciam conflitos éticos deparam-se com várias dificuldades, o que levou à formação das subcategorias: “Relacionadas à formação”, “Relacionadas à profissão”, “Relacionadas à equipe”, “Relacionadas ao paciente/familiar” e “Relacionadas a outras instâncias” (DIAGRAMA 6).

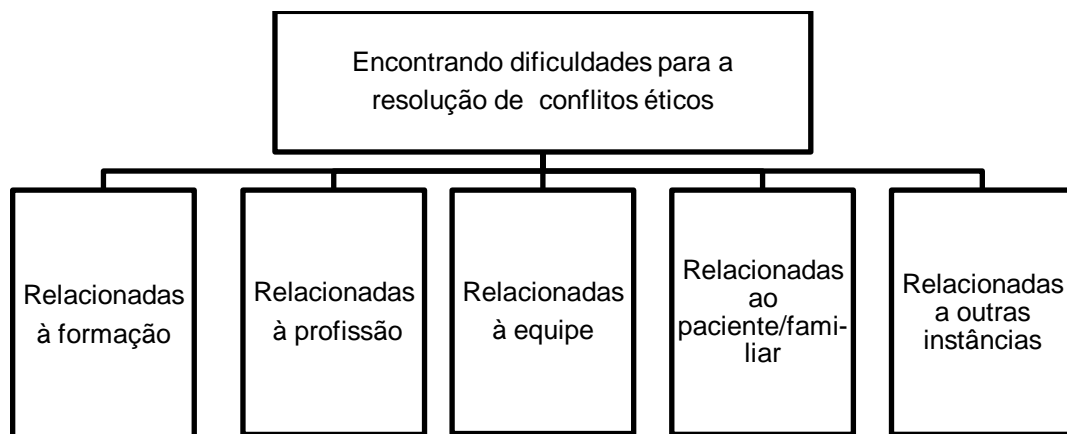


DIAGRAMA 6 – ENCONTRANDO DIFICULDADES PARA A RESOLUÇÃO DE CONFLITOS ÉTICOS
FONTE: A autora (2011)

4.4.1 Relacionadas à formação

A subcategoria “Relacionadas à formação” demonstra duas grandes questões que envolvem a formação dos enfermeiros: a insuficiência do conteúdo de ética, assim como de cuidado domiciliar.

Muito se referenciou que a matéria de ética, ministrada nos cursos de graduação em Enfermagem, foi escassa para a vivência de conflitos éticos. Mencionou-se que o tempo destinado à disciplina “Ética” (ou correlatas) é pequeno, que o conteúdo foi parcialmente visto e faltam exemplos da realidade.

Não foi suficiente o que aprendi sobre ética porque, na verdade, a gente tem ética mais com os conceitos. (E1).

O tema ética não foi tanto abordado, não tanto. Assim de uma forma... Vocês têm isso? Vocês têm ética no seu currículo? Eu não, não tinha. Mas tinha, assim, só filosofia que aborda aspectos éticos. (E5).

É pouco tempo para disciplina de ética. (E7).

Inclusive, quando perguntado sobre o preparo na graduação para a vivência de questões éticas, um dos sujeitos, enfaticamente, afirmou:

Não me preparou, com certeza não. (E4).

Apesar dessas deferências, alguns questionaram a importância do profissional estudar e manter-se atualizado de forma a aprofundar seu conhecimento frente à dinamicidade do tema.

Eu não considero que aquilo que a gente aprende seja suficiente para ter um futuro profissional para hoje, amanhã ou depois ou para o resto da minha vida profissional. Eu acredito que a gente precisa de, mesmo porque as coisas são dinâmicas, atualização e de aprofundamento do conhecimento. O conhecimento não é verdadeiro hoje e sempre, o que se tem como verdade hoje, amanhã pode não ser. (E8).

Também se afirmou a necessidade de mais discussão sobre o cuidado domiciliar, sendo que alguns dos sujeitos não tiveram nenhum conteúdo ou disciplina sobre o tema.

Eu me formei em 85, faz tantos anos. Então, eu acho que naquela época não se falava muito em cuidado domiciliar, a gente não teve nenhuma disciplina. Eu vim aprender questão de ética domiciliar, mesmo, foi no meu trabalho. (E6).

Não só conteúdo de ética eu sinto falta, mas de cuidado domiciliar, eu não tive nada de cuidado domiciliar, simplesmente comecei a fazer plantões. E trabalhar no domicílio é diferente de um hospital, nós saímos da faculdade com mais experiência em hospital, em cuidado domiciliar não vemos nada. (E18).

4.4.2 Relacionadas à profissão

Nessa subcategoria são mencionados como dificuldades, para a resolução de conflitos éticos, os limites da competência profissional, a falta de organização da classe e a falta de fiscalização/regulamentação do cuidado domiciliar.

Os sujeitos referem que só podem agir até um limite, ultrapassá-lo levaria à extrapolação de sua competência profissional prevista na legislação. E, a partir do momento que estão impedidos de tomar algumas condutas, a resolução de questões éticas fica comprometida.

[...] essa falta que a gente tem, que não consegue ser resolutivo com a família por conta de que a gente só vai até um limite. Não posso passar desse limite. Que nem na violência contra a criança, o que posso fazer? Eu encaminho para a Vara da Infância, para o Conselho Tutelar, mais do que isso eu não sou competente para fazer. Você entende o dilema que é? (E2).

Também relacionada à profissão, afirmou-se que a falta de união da classe profissional da Enfermagem é uma das dificuldades para a resolução de questões éticas.

Eu acredito que organização de classe é um problema que a Enfermagem tem, importante assim [...] não tem organização, não tem unidade nas suas tomadas de decisão, então, a população não vai pensar diferente desse grupo. Eu acho que, principalmente, questão de classe e uma questão social de subjugar a profissão. Então, você tem que aceitar, você tem que, senão você vai ser mandada embora, senão não vai conseguir outro emprego. (E11).

A falta de fiscalização/regulamentação foi, igualmente, considerada, já que o cuidado domiciliar de Enfermagem é pouco regulamentado e não fiscalizado por parte do órgão de classe. Assim, os sujeitos referiram:

Acho que, pelo que eu vejo e entendo de cuidado domiciliar, ele ainda é pouco falado, falta, falta regulamentação, ou até mesmo não tem fiscalização. Fica um profissional autônomo, muitas vezes, vários profissionais prestando os serviços, assistência e alguns procedimentos que deveriam ter um acompanhamento de algum órgão competente melhor. (E13).

E, também, falta fiscalizar mais o cuidado domiciliar. Têm sido realizados procedimentos complexos por gente desqualificada. (E18).

4.4.3 Relacionadas à equipe

O número parco de integrantes da equipe é um obstáculo, especialmente nas US's. Contudo, a falta de profissionais também foi relatada por enfermeiros que atuam de maneira autônoma. Isso ocorre porque as demandas de cuidado domiciliar são excessivas e por causa da necessidade de se trocar ideias com outros profissionais como é o caso dos autônomos. Aqueles que atuam em US's sugeriram, a propósito, uma equipe multiprofissional só para o cuidado domiciliar.

Então, eu diria que outro dilema ético que a gente tem hoje, é a gente ter uma equipe que, para o Ministério da Saúde ela é ideal para essa área, mas, para nós, não, para as demandas desta comunidade ela não é. (E2).

Eu que trabalho sozinha não tenho com quem conversar, com quem trocar uma ideia mesmo, saber como o paciente passou no resto do dia. Eu trabalho sozinha, não tem toda uma equipe que está ali 24 horas com o paciente. (E19).

A quantidade de reuniões ou a sua falta é outro fator a ser considerado, até mesmo pelos enfermeiros autônomos. Há necessidade de discussão de casos, de maior periodicidade das reuniões e da abordagem de temas mais específicos como a ética.

Eu acho que, enfim, existem muitas formas de resolver e só não são resolvidas porque as pessoas abafam os problemas e não procuram discutir

sobre eles. Não acho que sejam problemas difíceis de resolver. Deveria ter mais reuniões. (E11).

Nossa, sinto falta de ter com quem discutir esses problemas. Mas sou sozinha. Se quiser tenho que ir atrás do médico para discutir o caso. (E17).

O comportamento inadequado de alguns componentes da equipe prejudica a resolução de alguns casos. Nesse contexto, foram exemplificados como conduta inadequada a falta de ética, o preconceito, a falta de comprometimento e o desrespeito.

Que dificulta... talvez até falta de comprometimento. (E8).

Talvez o próprio profissional não aceitar, não aceitar esse, é não aceitar a ética ou desrespeitar mesmo. (E9)

4.4.4 Relacionadas ao paciente/familiar

O paciente e/ou sua família, em certas ocasiões, possuem barreiras involuntárias e, em outras, criam-nas, o que leva à abordagem inadequada dos problemas vivenciados.

Há situações nas quais o paciente não revela, parcial ou completamente, o que está acontecendo consigo, seja por causa da idade, por desconhecimento ou por sua condição de saúde. Uma vez que o profissional desconhece toda a verdade, não há como interferir ou, sequer, vislumbrar possíveis ações para o manejo do paciente.

Mas tem coisas que é difícil porque a própria pessoa que necessita não vê a necessidade, a importância. A gente se depara com isso porque vê a necessidade, o que ela precisa, por mais que a gente converse, ela não vê isso. Ela não quer ver. (E1).

Também. Tem a dona J. que eu acho que é um caso de violência contra o idoso, só que ela não revela isso quando a FAS vem. Ela não quer. (E5).

Outra limitação enfrentada diz respeito à falta de comprometimento da família para com o paciente. Os vínculos são fracos, a família não quer assumir a responsabilidade, falta-lhe sensibilidade e empenho para cuidar.

É, às vezes o que angustia a gente, a gente vê que a solução está fácil, mas a dificuldade das pessoas é se sensibilizar, compreender. (E3).

A família, muitas vezes, não está nem aí para o paciente. Já me contratam porque não querem cuidar. E, assim, como vou resolver um problema se eu preciso da família e a família não está nem aí? (E20).

Por fim, as condições financeiras do paciente e/ou família constituem-se como outro óbice. Isso se dá porque, para certas circunstâncias, é necessário recursos para a compra de algo imprescindível para o cuidado do paciente.

A questão financeira. [...] A família não tem dinheiro, o paciente não tem dinheiro e ele é necessário, às vezes. E, se falta dinheiro, acaba atrapalhando, refletindo no seu serviço. É preciso material para curativo, para remédio e, às vezes, o paciente não pode arcar com isso. (E14).

4.4.5 Relacionadas a outras instâncias

Alguns órgãos, que deveriam auxiliar na resolução de certos conflitos e que foram citados como facilitadores, foram apontados como uma das dificuldades para o bom andamento das situações éticas vivenciadas.

A menção desses órgãos como circunstâncias que dificultam a dissolução dos conflitos se deve à demora em fornecer uma resposta, à falta de retorno do caso ao enfermeiro, aos limites de ação desses órgãos e a não resolução da questão.

Só que, assim, a gente vê que a FAS também é muito limitada, não tem como abrigar esse idoso, não tem, teoricamente, não tem como obrigar essa família do idoso, de uma forma de polícia não tem. Chega, adverte o filho, mas não existe uma prática, assim, que realmente defina. (E7).

A gente encaminha para a FAS, só que não tem nenhum retorno, não sabe se fizeram alguma coisa ou não. Temos que ficar correndo atrás. (E1).

Outrossim, aludiu-se como dificuldade a falta de integração entre esses órgãos, o desconhecimento sobre as atividades desenvolvidas por cada um deles.

A gente não sabe o que cada órgão faz dentro da Prefeitura. Talvez, se a gente soubesse o papel de cada um, seria mais fácil, a gente iria saber para onde encaminhar e qual o limite, o papel daquele órgão. Será que a gente sempre encaminha para o órgão certo? (E2).

É importante observar que todas essas dificuldades referidas não só embaraçam a dissolução dos problemas enfrentados, levando à sua demora, como, também, impedem o encontro de uma solução.

Esse [conflito, problema] já veio do Conselho Tutelar para a gente, então, nós fomos até a casa da criança, ficamos acompanhando várias semanas no domicílio e depois a gente marcou aqui. Não ficou resolvido porque pense a dificuldade. Daí a gente teve que encaminhar o pai para tratamento, a gente tentou resolver dessa forma, mas resolução imediata, muitas vezes, não consegue é a longo prazo. (E4).

4.5 BUSCANDO ESTRATÉGIAS PARA A RESOLUÇÃO DE CONFLITOS ÉTICOS

Durante o enfrentamento de conflitos éticos, os enfermeiros apontaram diferentes estratégias utilizadas para sua resolução, dando origem a quatro subcategorias: “Estratégias próprias do cuidado domiciliar”, “Estratégias subjetivas”, “Estratégias institucionais” e “Rede de apoio” (DIAGRAMA 7).

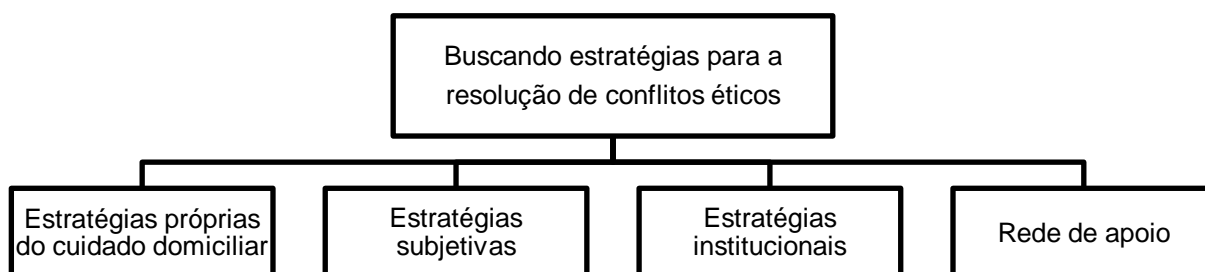


DIAGRAMA 7 – BUSCANDO ESTRATÉGIAS PARA A RESOLUÇÃO DE CONFLITOS ÉTICOS
FONTE: A autora (2011)

4.5.1 Estratégias próprias do cuidado domiciliar

Nessa subcategoria são mencionados como recursos para resolução de conflitos éticos a visita domiciliar, o vínculo criado com a família/paciente, o conhecimento sobre o contexto domiciliar e as orientações fornecidas nesse ambiente.

O cuidado domiciliar de Enfermagem é operacionalizado pela visita domiciliar, sendo essa considerada como uma importante solução para os problemas éticos, afinal é o momento em que se percebem como o paciente e a família verdadeiramente se revelam, como se dão suas relações e comportamentos.

Ajuda, ajuda muito porque, porque eu discuto entre colegas esta questão e eu vou para a visita e visualizo aquela situação, eu trago para a reunião, depois eu volto tentando uma resolução. (E8).

A visita facilita porque daí a gente tem a oportunidade de conversar com o familiar e com o paciente e fazer, ver se está ocorrendo alguma questão não ética, e para poder tomar providências ou não. Então, facilita a resolução, sim. (E9).

A visita domiciliar é o primeiro momento para se identificar os conflitos éticos que ocorrem no domicílio do paciente e sua família e, também, a oportunidade para se criar vínculo. Este é desenvolvido durante a visita domiciliar e foi um dos aspectos considerado como relevante para a dissolução de conflitos éticos, principalmente quando estão relacionados ao paciente e família.

É importante até porque ele vai conseguir se expressar e dizer o que ocasionou a questão e se ele não tiver vínculo com você, simplesmente vai se negar a falar, você não vai conseguir chegar em nenhum ponto de harmonia entre o profissional e o paciente. Você precisa chegar a isso. (E11).

Se eu tiver um bom vínculo, um bom relacionamento não só com o paciente, mas, também, com a família, já é meio caminho andado. Se eu tenho vínculo, eles vão me respeitar mais, vão respeitar mais as minhas decisões [...] Criando vínculo, o vínculo é muito importante no cuidado domiciliar, não só no cuidado domiciliar, mas no cuidado domiciliar é essencial. Você está ali na casa do paciente, num ambiente que é dele, eles é que mandam na casa, então, para resolver muitas coisas no cuidado domiciliar, é importante que você crie vínculo com a família e com o paciente. (E14).

Esse vínculo é interessante na medida em que o profissional obtém mais confiança da parte do paciente e seus cuidadores e, esses, por sua vez, estarão mais dispostos a ouvir o profissional e atender às suas orientações.

Porque, assim, se eu vou e faço o cuidado, mas não estabeleço vínculo com esta família, por mais que eu discuta com a equipe e traga uma solução, a família não vai aderir àquilo se não sente confiança em mim. A visita, ela é importante, sim, mas depende do meu grau de comprometimento, do vínculo que eu estabeleço com a família e paciente. (E8).

Ah! E o vínculo que se faz com o paciente é importante, sem vínculo ninguém vai te ouvir. O paciente e a família, também, não vão dar a mínima atenção para você e para o que você fala se você não criar um vínculo com eles. E é a na visita que a gente faz essa aproximação. Não é verdade? (E20).

Outro ponto, indispensável à dissolução de dificuldades éticas e que está relacionado à visita no domicílio, é o conhecimento sobre o contexto domiciliar. A partir dessa ciência, o profissional identifica as particularidades de cada uma das famílias, suas necessidades individuais, seu funcionamento, sua organização e o modo como se relacionam entre si. Portanto, a noção do contexto domiciliar pode trazer benefícios aos enfermeiros por meio da possibilidade de se propor condutas e soluções diferenciadas para cada família.

Não só para resolver um conflito ético, mas, a partir do momento que você se dispõe a fazer cuidado domiciliar, você precisa conhecer o contexto domiciliar. Porque você não faz cuidado domiciliar sem conhecer o contexto domiciliar. (E8)

Tem que conhecer como aquela família vive, no que ela acredita, como que essa família pensa, onde mora, como moram, como vivem, tudo é importante, como eles se relacionam entre si, entre si e com o paciente. Isso tudo é importante, então, conhecer o contexto domiciliar é importante, sim. (E14).

Ainda, as orientações que são fornecidas ao paciente e sua família, no contexto do domicílio, servem para resolver os problemas éticos que nele ocorrem.

Demonstrar a todos que cuidam para prestarem uma melhor assistência, mostrando a importância de todos os cuidados a serem feitos, e fazer com que o profissional se ponha no local, no lugar do paciente, fazer com que a família também entenda que é necessário realizar alguns cuidados essenciais neste final de vida, que a pessoa está ali e precisa de conforto. (E13).

A gente tem que sentar e conversar. A visita domiciliar é o momento em que a gente realiza orientações para a família e tenta resolver muitas coisas do cuidado e, também, sobre problemas éticos. (E19).

Diante dessas explanações, compreende-se que a visita domiciliar é um importante instrumento que os enfermeiros dispõem. Por meio dele, é possível ter informações sobre o indivíduo, sua família, suas relações, seu contexto domiciliar, para intervir mais eficazmente nos problemas que se apresentam, adotando-se práticas satisfatórias e em harmonia com a realidade da família.

4.5.2 Estratégias subjetivas

A subcategoria “Estratégias subjetivas” comporta conceitos como respeito, bom senso, proximidade mínima e conhecimento.

No que concerne ao respeito, é imperioso que o enfermeiro respeite a posição do paciente e de sua família ao resolver uma questão ética a fim de não comprometer o vínculo e o cuidado prestado. Assim, o profissional, não pode, simplesmente, impor suas decisões.

[...] e tem que ver o que a pessoa quer porque não adianta a gente oferecer ‘O ideal é isso’, mas se a pessoa não quer, a gente não tem o que fazer. (E3).

É claro que não depende só de mim e da equipe multiprofissional, isso vai depender muito de mim, enquanto enfermeira da visita domiciliar, e da família, paciente, do vínculo que eu tenho com a família. (E8).

O enfermeiro deve estar atento para não pôr opiniões pessoais ao caso concreto, respeitando a posição da família. Por esse motivo, o profissional deve tentar manter a imparcialidade, mesmo que não total, pois alcançá-la completamente não é uma tarefa fácil.

A gente sabe que poderia até, de repente, falar outras coisas, mas daí é o que ‘eu acho’ e o que ‘eu acho’ ou minha religião acha, [...] essa coisa de religião não pode confundir. Eu acho que isso, também, eu acredito numa coisa e, de repente, não posso ficar falando, saúde não tem religião, não tem sexo, não tem nada. (E2).

Tem que conhecer um pouco essa família para poder trabalhar com isso. Senão você acaba esbarrando em algumas situações, assim, que não dá para você ir contra, acho que tem que conhecer e respeitar essa questão. (E17).

Outro elemento imprescindível para a resolução de conflitos éticos no domicílio é o bom senso por parte do enfermeiro, seja com o paciente, sua família ou com a equipe. Ter bom senso, ser ponderado e prudente facilita a resolução de tais questões e mantém a harmonia necessária para a continuidade do cuidado.

O auxiliar, o técnico, o profissional que está lá, eu nunca chamo a atenção no domicílio. Eu tento, é que é pontual cada situação, por exemplo, erro de procedimento é... eu vou lá e vou ensinar o procedimento correto, chamar a atenção só eu e ele. Nunca na frente da família. Eu tento manter esse tipo de conduta. (E10).

Na hora de resolver, tem que se ter bom senso, saber equilibrar aquela situação. Se fizer as coisas no impulso pode levar tudo a perder. (E17).

A proximidade mínima está relacionada à falta de contato entre os profissionais. Ocorre que, alguns dos problemas éticos vivenciados envolvem diretamente os profissionais, são conflitos que ocorrem entre eles e interferem, direta ou indiretamente, na qualidade do cuidado prestado. Assim sendo, seu afastamento ou o pouco contato foi considerado como facilitador de questões éticas.

O que facilita é a convivência entre os colaboradores. Como, assim, não existe esta vivência muito grande, você passa plantão para mim, mas a gente não fica trabalhando juntas num paciente. Cada um trabalha no seu horário. Então, isso é melhor porque não gera tanto conflito com o profissional, com os outros profissionais. Isso eu estou falando da parte de Enfermagem. (E10).

Acho que o pouco contato com outros profissionais evita problemas éticos no domicílio, pelo menos, aqueles problemas que... que envolvem só os profissionais. Daí, fica só os problemas éticos entre o enfermeiro e o paciente junto com a família. (E20).

É manifesto que o conhecimento sobre a ética e a legislação ajuda na resolução das questões éticas. Assim, os sujeitos referenciaram que:

O que facilita... facilita você conhecer a sua legislação profissional, as pessoas saberem para quê elas trabalham, com que função, com que objetivo, com que meios elas podem, inclusive, se defender no caso de algum dilema, o que elas procuram. Os conselhos de ética se existem ou

não existem dentro das instituições, se podem buscar ou não, até mesmo questionar a idoneidade de alguns. (E11).

Acho mais falta de conhecimento de todos da equipe. Eu acho que ter conhecimento seria o ponto-chave para resolver essas questões da ética. (E13).

Como visto, há ocasiões nas quais o local de trabalho promove capacitação aos profissionais. Todavia, existem situações em que os profissionais procuram capacitar-se e aprimorarem-se por iniciativa própria, principalmente os enfermeiros autônomos.

A gente, que está sozinho, tem que ir a congressos que falam de cuidado domiciliar. (E17).

Ler... Leio muito para me atualizar. Também tem muitos congressos, cursos para me atualizar. A gente não pode parar de estudar porque tem muita coisa a se aprender e a gente não sai pronto da Universidade. (E20).

4.5.3 Estratégias institucionais

As estratégias institucionais, utilizadas e propostas pelos sujeitos para a resolução dos conflitos éticos, dizem respeito aos recursos já disponíveis no local de trabalho, ou ao seu aperfeiçoamento. Foram elencadas a reunião multiprofissional, a gestão de casos, a capacitação e a demissão/advertência.

A fim de encontrar uma solução para os conflitos éticos vivenciados no cuidado domiciliar, os enfermeiros reúnem-se com os demais integrantes da equipe. A discussão de casos em reuniões multiprofissionais permite a troca de informações sobre os pacientes e os conflitos a ele relacionados, assim como a possibilidade de sugestões para a resolução das questões vivenciadas e o envolvimento de todos os profissionais com o caso.

A gente se reúne, também, para procurar juntos uma solução. A gente troca essas informações, 'vamos tentar fazer isso', 'vamos tentar não expor o paciente'. (E7).

Nunca eu vou só, eu tomo decisões próprias por mim só e, também, quando tem algum conflito com algum auxiliar ou técnico a gente senta, conversa,

vê até que ponto chegou, o que aconteceu, o que ocorreu, porque é complicado, você ouve o paciente com alguma queixa mas tem o teu funcionário também. Então, a gente tem que sentar, conversar, ver em que ponto pode mudar. (E12).

A equipe multiprofissional é composta por enfermeiros, médicos, fisioterapeutas, odontólogos, auxiliares e técnicos de Enfermagem, entre outros profissionais da área da saúde. Conforme o local de trabalho dos sujeitos, existem particularidades quanto aos profissionais que participam das reuniões, como é o caso das US's que possuem os agentes comunitários de saúde e os técnicos em higiene dental.

Sim, nós fazemos reunião com toda a equipe. A gente tem a equipe que é composta pelo médico, enfermeiro, auxiliar de Enfermagem, agente comunitário, o dentista também, agora. Aí a gente conversa. (E3).

A equipe de área de abrangência sempre faz reuniões, que é o médico, o enfermeiro, o dentista, as agentes comunitárias, auxiliares de Enfermagem, o técnico de higiene dental. (E2).

A reunião torna-se mais difícil para os enfermeiros que atuam no cuidado domiciliar de forma autônoma, uma vez que não têm, ou têm muito pouco, contato com os demais profissionais que prestam cuidado ao paciente. Apesar dessa dificuldade, quando tais profissionais existem, o enfermeiro entra em contato com os mesmos se for necessário.

Mas já aconteceu de, de... de ter que falar com o médico. Marquei um encontro com ele para saber do paciente. A família, a família, sabe, não sabia me dizer sobre o estado do paciente, então, eu tive que procurar o médico para saber como proceder. (E14).

Foi indicada, igualmente, como facilitadora de conflitos éticos, uma equipe multiprofissional própria para atuar no domicílio. Essa estratégia foi apontada pelos sujeitos que trabalham nas US's que não possuem essa equipe específica, ao contrário dos demais sujeitos que trabalham unicamente no cuidado domiciliar.

Se a gente tivesse uma equipe que fosse maior, uma equipe que, talvez, trabalhasse aqui dentro e outra que acompanhasse só no domicílio, talvez a gente tivesse mais sucesso. Tivesse um acompanhamento domiciliar que a gente pudesse se envolver mais nessas questões [...] Se a gente tivesse mais equipes para poder trabalhar mais, a nível de domicílio, a gente ia dar conta dessa parte, a gente teria um resultado melhor. (E2).

A importância da gestão de casos para a resolução de conflitos éticos foi sugerida, especialmente, por quem atua em US's. É uma forma de organizar o cuidado realizado e acompanhar efetivamente os casos relativos aos pacientes, subsidiando a tomada de decisões dos profissionais de saúde.

Mas não fazemos gestão, uma coisa bem importante, mas a gente não consegue [...]. Então, a gente conseguiria fazer gestão de caso, discutir, implementar uma meta, um programa para ele, um planejamento e ir cuidando daquela família. (E2).

Outra maneira de se encontrar soluções para conflitos éticos no cuidado domiciliar de Enfermagem é a busca de conhecimento, de aperfeiçoamento e de capacitação por meio de cursos, treinamentos, palestras, congressos e leituras.

Em algumas situações, a capacitação faz parte do dia a dia do local de trabalho dos enfermeiros como em algumas empresas de *home care* que a realizam com os empregados iniciantes e dão continuidade a esse processo.

Ahh, a gente conversa, tenta, eu tento muito com educação dar palestra... Quando o profissional é contratado pela empresa, ele passa por um treinamento e nesse treinamento a gente tem aula sobre ética. (E10).

Em outros casos, as capacitações fornecidas são esporádicas, sendo que algumas acontecem para resolver situações específicas.

Eu vim aprender questão de ética domiciliar, mesmo, foi no meu trabalho. O curso também que a Prefeitura nos forneceu e... aprendendo. (E6).

Eu acho que conversando bem, fazendo um treinamento bacana com a equipe consegue resolver esses pequenos probleminhas. (E12).

Uma estratégia mais drástica, nomeada como facilitadora de conflitos éticos, foi a demissão e/ou advertência de funcionários responsáveis por ocorrências éticas contra o paciente.

Passo para outro profissional. Sabe por quê? Não adianta mudar a personalidade, o caráter da pessoa. Se a pessoa pensa que esse tipo de paciente ou esse tipo de responsabilidade não é dele, não tem como ficar com um profissional deste. Ele que vá procurar, achar o lugar que lhe cabe porque, independentemente, de onde você está, é... se você um dia quer delegar funções você tem que saber a função. (E10).

Já dei advertência, já tive, medidas disciplinares. (E10).

Evidentemente, essa atitude não cabe aos enfermeiros que atuam de forma autônoma no domicílio, posto que não estão subordinados a ninguém, tampouco são responsáveis por outros profissionais.

4.5.4 Rede de apoio

Os enfermeiros possuem limitações para resolver conflitos éticos, recorrendo à rede de apoio para resolver tal impasse.

Porque o usuário precisa de uma resposta e a gente tem que realmente buscar, e daí a gente procura a rede de apoio. (E1).

A rede referida, essencialmente formal, é composta de vários órgãos como órgãos municipais de proteção à criança, ao idoso, à saúde mental, entre outros. Foi lembrado que não basta a existência de uma rede de apoio, mas que é fundamental a integração entre os diferentes órgãos que formam essa rede e o conhecimento sobre a função e o trabalho de cada um deles.

Talvez fosse uma coisa bacana de a gente saber, o que aquela secretaria faz porque quando a gente trabalha dentro do [serviço] público a gente tem que conhecer todo o público, todo o setor público, o que eles podem ofertar. (E2).

Diante do exposto, a resolutividade de problemas éticos, às vezes, envolve outros órgãos, de tal modo que deve haver conexão entre eles.

Um dos órgãos alegados como instrumento facilitador foi a FAS. Isso ocorre porquanto muitos dos dilemas vivenciados estão pautados na questão social do paciente e/ou família e interferem na área da saúde.

Então, nós encaminhamos para a FAS. (E7).

Outrossim, citou-se o Centro Regional Especializado de Atenção Social (CREAS) que é um dos órgãos subordinados à FAS.

Porque nós não estamos sozinhos, a gente tem uma FAS, tem o CREAS, que são outros órgãos que também podem atuar. (E5).

Quando o problema a ser solucionado envolve menores de idade e resistência dos pais, o órgão procurado pelos enfermeiros é o Conselho Tutelar. Conforme relato de um dos sujeitos:

Porque daí a gente teve que notificar para a rede de proteção, no caso o Conselho Tutelar. Daí a mãe veio fazer a vacina, se justificou porque não tinha feito. E, até agora, ela está terminando o esquema. A criança foi tomar vacina com nove meses. (E6).

Quem também faz parte da rede de apoio dos enfermeiros é o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS).

Nós temos também o grupo do CAPS, que é um núcleo de apoio, tem a psicóloga, tem nutricionista. Então, elas nos ajudam bastante com algumas questões, principalmente, a psicóloga e a nutricionista. Em relação a algum problema, que nem no caso de negligência, questão de paciente que é acamado, e receita dieta [um profissional receita uma dieta para o paciente], alguma coisa assim, que tenha condições sociais baixas. (E6).

Se o problema abarca idosos, o órgão procurado é o SOS idoso. Segundo os enfermeiros:

A gente repassava através do SOS idoso, eles iam, faziam a visita. (E2).

A escola constitui-se, também, como um relevante parceiro para identificar e solucionar conflitos éticos relativos à criança.

Porque a criança já está na rede. Tem toda a vigilância da escola que entra em contato com a gente e, daí, nós procuramos visitar essa criança e a sua família para tentar solucionar [o problema] ou, pelo menos, encaminhar ao órgão competente. (E1).

A comunidade, como integrante da rede de apoio do enfermeiro, tem papel ativo como informante de dilemas e conflitos éticos. O profissional não fica

ininterruptamente no domicílio do paciente, de tal modo que não pode saber de situações importantes que ocorrem naquele ambiente.

Eu acho que a própria comunidade se envolve e preocupa porque, muitas vezes, as denúncias vêm de vizinhos de maus cuidados. (E4).

Igualmente, a igreja é um recurso mencionado como facilitador na resolução de problemas éticos.

Eu penso, assim, tem pessoas aqui que são evangélicas e a gente sabe que essas comunidades tem até lugar para estar indicando, assim, uma chácara que cuida. (E8).

Em “outros serviços” incluem-se hospitais, centros de tratamento, Unidade de Saúde 24 horas e Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). E em “outros profissionais” foram citados o psiquiatra, o psicólogo, enfermeiros de outros serviços.

Até que a gente conseguiu a ajuda do psiquiatra, aí conseguimos internar o paciente, mas com muito custo. (E2).

4.6 IMPLICAÇÕES DA VIVÊNCIA DE CONFLITOS ÉTICOS

A última categoria representa as implicações de toda a vivência de conflitos éticos, decompondo-se nas subcategorias: “Necessidade de prática”, “Diferenciando conflitos éticos institucionais dos domiciliares”, “Expressando sentimentos”, “Resolvendo os conflitos éticos” e “Registrando os conflitos éticos” (DIAGRAMA 8).

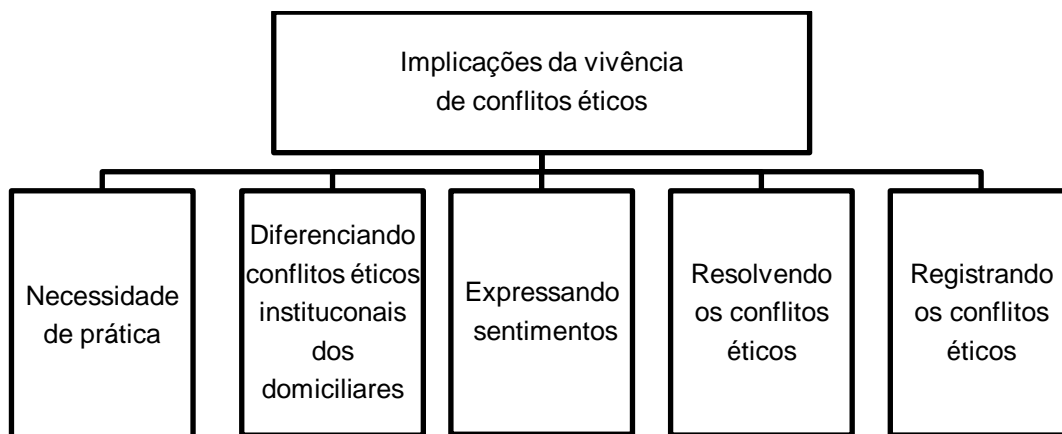


DIAGRAMA 8 – IMPLICAÇÕES DA VIVÊNCIA DE CONFLITOS ÉTICOS
 FONTE: A autora (2011)

4.6.1 Necessidade de prática

A necessidade de prática foi considerada fundamental para a vivência de conflitos éticos no âmbito do cuidado domiciliar. Os sujeitos afirmaram que somente após o início da atividade laboral é que aprenderam muitas das questões sobre a ética.

[...] porque na verdade a gente tem ética mais com os conceitos. Porque a prática da vivência mesmo é no trabalho. Até nas questões técnicas mesmo porque a gente aprende trabalhando. (E1).

Eu vim aprender questão de ética domiciliar, mesmo, foi no meu trabalho. (E6).

Adquirir conhecimento prático é essencial para que os enfermeiros desenvolvam o cuidado domiciliar e resolvam, com maior confiança, os problemas éticos que se apresentam. Com inclusão, a falta de tal conhecimento pode comprometer o cuidado realizado. Segundo os entrevistados:

Só aprendi com a prática. Infelizmente, vivi casos que não sei se foram bem resolvidos ou resolvidos da melhor maneira. (E16).

Nossa, no começo foi difícil, mas, com o tempo, a gente vai aprendendo com o trabalho, com o paciente. O problema é quando eu não tinha, ainda, aprendido com eles. (E20).

A prática referida diz respeito, igualmente, ao cuidado domiciliar. Alguns dos enfermeiros afirmaram que esse tema é pouco abordado e outros relataram não tê-lo visto durante a graduação.

No estágio de cuidado domiciliar o tempo é pequeno, nem dá para ver e discutir as questões éticas do cuidado domiciliar. (E15).

Eu nem tive disciplina de cuidado domiciliar, muito menos ética no cuidado domiciliar e na hora de trabalhar isso fez falta. (E10).

Para aqueles que tiveram as disciplinas com conteúdo de ética e cuidado domiciliar, foi constatada a importância de maior dinamicidade nas mesmas de forma a permitir que os conceitos teóricos fossem aplicados durante a prática. Dessa forma, seria mais perceptível a aplicabilidade da teoria nas experiências dos alunos.

Na faculdade é bem teórico, a parte prática ficou meio falha. Tanto nas técnicas, no cuidado, quanto na ética. (E4).

Eu tive ética, mas tudo muito teórico. Na hora de aplicar na prática, a gente vê a dificuldade. (E20).

4.6.2 Diferenciando conflitos éticos institucionais dos domiciliares

A partir da vivência de conflitos éticos que ocorrem no domicílio, os enfermeiros consideraram que os mesmos são diferentes daqueles presenciados dentro de uma instituição de saúde.

Eu considero diferente já porque são locais diferentes, é diferente você cuidar em casa e você cuidar no hospital. Então, com certeza, os dilemas que existem em casa e no hospital são diferentes. (E8).

São completamente diferentes. No domicílio a gente fica sabendo de coisas que nunca vamos saber no hospital. A gente conhece a família e o paciente melhor. (E20).

Os motivos dessa interpretação são diferentes. Entre eles, os enfermeiros relataram que no cuidado domiciliar (em Unidades de Saúde, empresas de *home care* ou de forma autônoma) há maior autonomia para se trabalhar do que em

instituições hospitalares, o que interfere na tomada de decisão para diversas questões.

A ética no domicílio é bem diferente do hospital. Trabalhei numa UTI Pediátrica [...], o que eu percebia, enquanto enfermeira de uma UTI, é pouquíssima autonomia do enfermeiro, pouquíssima, pouquíssima autonomia [...] mas a gente era um técnico melhorado. (E2)

No domicílio é muito diferente, tenho mais autonomia que no hospital (eu trabalho em hospital também) e é muito mais fácil eu decidir qualquer coisa porque dentro do hospital não se tem liberdade, a autonomia que se precisa. (E19).

O vínculo criado entre profissional e paciente/familiar é outro fator observado e que justifica as diferenças entre os conflitos no cuidado domiciliar daqueles ocorridos dentro de instituições de saúde. Nestas não há tanta proximidade entre eles, o que dificulta o tratamento de questões éticas e do próprio cuidado.

Em relação ao hospital, a gente tem menos vínculo, eu já trabalhei em hospital, principalmente em UTI, então, a gente não tem vínculo, não tem tanto vínculo com a família. No hospital a gente não acompanha em casa, não vê a vivência, as dificuldades. (E3)

O vínculo com o paciente é bem diferente no domicílio e no hospital e, é claro, que isso acaba interferindo nas questões éticas. Eu acho que tudo ajuda, mas eu acho que o vínculo com o paciente é a principal diferença do que a gente vive na casa e no hospital. (E10).

Outra razão das diferenças encontradas está na possibilidade de se conhecer o contexto domiciliar do paciente, o que permite saber quais as suas reais necessidades, as suas condições, como a família vive, como se dão suas relações.

No hospital nem sempre eu sei das questões, dos problemas do paciente. Já no domicílio eu posso perceber mais coisas que, com certeza, no hospital eu não consigo ver. Posso perceber mais questões éticas que tem a ver com toda a família, no hospital não dá para ver certas questões, é mais questões ligadas à doença do paciente. No hospital, por exemplo, não consigo saber se a família vai cuidar direito do paciente em casa, você entende? (E15).

4.6.3 Expressando sentimentos

Ao realizarem o cuidado domiciliar e vivenciarem os conflitos éticos nessa área, os enfermeiros experimentam um universo de sentimentos que variam conforme a resolução ou não das questões presenciadas.

Ao não se resolver alguma situação ética, os enfermeiros tendem a apresentar sentimentos negativos como o sofrimento, a frustração, a angústia, o aborrecimento, a infelicidade e a tristeza.

E daí a gente não sabe, para nós aquilo é um sofrimento, entre aspas um sofrimento. Eu vejo que a equipe quer resolver tudo, então, também é um sofrimento, uma coisa mal resolvida. (E2).

Fico triste, fico mal quando deixo de resolver alguma questão. A gente se sente até menos profissional. (E17).

A expressão desses sentimentos culmina numa visão pessimista, que se reflete no cuidado ao paciente envolvido e, também, nos futuros.

[...] e depois a gente fica com aquele sentimento de... de que não vai resolver mais nada nunca. (E17).

Além disso, os enfermeiros sentem dificuldades em lidar com esses sentimentos, especialmente, quando não se tem outros profissionais com quem compartilhar suas dificuldades, o que ocorre com aqueles que atuam de forma autônoma.

[...] e a gente fica mal se não resolve, eu trabalho sozinha e nem tenho com quem compartilhar os problemas que aparecem. (E19).

Já fiquei frustrada quando não conseguia resolver algo da ética, como o caso do paciente que sempre tava com a mesma fralda. E, sozinha, fica muito pior. (E20).

Outrossim, foram relatados sentimentos positivos advindos da solução dos problemas éticos vivenciados. Relatou-se satisfação, realização, felicidade.

Ah, dar solução para o problema e você também ficar... se sentir melhor como profissional. (E6).

Quando eu consigo resolver algum problema, eu fico feliz, eu me sinto satisfeita. (E14).

4.6.4 Resolvendo os conflitos éticos

Apesar das dificuldades encontradas durante a vivência de questões éticas, grande parte dos sujeitos consegue resolvê-las, utilizando-se das diversas estratégias mencionadas e superando os obstáculos.

Eu tenho dificuldades e, em alguns casos, eu consigo resolver. Mas é bem complicado, tem coisas que não tem como passar por cima. (E10).

Tem mais resolução porque tudo consegue se resolver. Eu acho que conversando bem, fazendo um treinamento bacana com a equipe consegue resolver esses pequenos probleminhas. (E12).

É interessante como os enfermeiros mobilizam esforços, apesar das restrições que lhe são impostas, para situar e resolver problemas relacionados à ética no cuidado domiciliar. Muitas vezes, sem um trabalho multiprofissional, solucionam diferentes questões por meio de comunicação e de estudo.

Mesmo dependendo de outros para resolver, dependendo da rede para muitas coisas, a gente consegue resolver muitas coisas, nós da equipe sentamos, conversamos e buscamos uma solução para aquele paciente. (E3).

Como eu disse, eu trabalho sozinha, não tenho com quem compartilhar os problemas, mas dá para resolver muita coisa, conversando, dialogando com a família. Estudando, também. A gente vai atrás, lê alguma coisa, pesquisa para tentar fazer o melhor. (E19).

4.6.5 Registrando os conflitos éticos

Aqueles enfermeiros que possuem um local de trabalho como referência, como é o caso dos que atuam em Unidades de Saúde e empresas de *home care* documentam todo o ocorrido com o paciente.

Isso tudo a gente relata em prontuário porque é importante. (E4).

Nós registramos tudo. Não temos prontuário eletrônico, mas escrevemos tudinho no prontuário físico. É norma da empresa. Qualquer coisa que envolva o paciente, qualquer problema, até num processo, a empresa tem tudo registrado. (E11).

Os assentamentos sobre conflitos éticos são realizados não só para eventuais fins judiciais, mas para a continuidade do cuidado. Os mesmos são necessários a outros profissionais e órgãos que, eventualmente, tenham contato com o paciente.

A gente registra e é importante até para outros órgãos que a gente encaminha. O Conselho Tutelar, por exemplo, pede os registros sobre as crianças que nós encaminhamos. Eles já sabem 'Ah, você não está indo nas consultas e tal'. (E6).

Se você não escreve certinho no sistema, fica complicado, às vezes, até para o pessoal do 24 horas saber o que está sendo feito em relação a esse paciente. (E2).

Nem todos os enfermeiros possuem a mesma facilidade para anotar as situações referentes ao paciente, como é o que acontece com os profissionais que trabalham de forma autônoma, que não dispõem de prontuários físicos ou eletrônicos. Alguns deles reconhecem essa falha, contudo, realizam anotações em locais improvisados como cadernos, fichários ou até mesmo em papéis avulsos.

Ainda bem que nunca precisei de alguma anotação porque o pouco que anoto tá tudo em folha solta. É uma falha nossa, minha na verdade. (E17).

Olha, eu não trabalho para ninguém, não tenho prontuário. Acho que nós do cuidado domiciliar temos que nos organizar melhor, mas eu anoto algumas coisas em caderno, fichário. (E18).

5 DESENVOLVIMENTO DO MODELO TEÓRICO

A partir das codificações aberta e seletiva, que acontecem concomitantemente na *Grounded Theory*, foi possível interpretar o fenômeno “Vivenciando conflitos éticos no cuidado domiciliar de Enfermagem”, explanado por meio de um modelo teórico.

Com o estudo das relações entre as categorias, verificou-se que o código teórico apropriado, a ser enquadrado ao fenômeno, foi o proposto por Glaser, em 1978, denominado Seis C's, sendo necessário um pequeno ajuste quanto a um dos “C”, o de Covariância, que foi excluído por não se mostrar nos dados coletados e analisados. Como supra-afirmado, em seu lugar foi intercalado o “C” de “Categoria Central”, sendo que o nome do código foi mantido por se manter o mesmo número de “C's”.

Existe um **Contexto** no qual todo o fenômeno é vivenciado e a categoria que o representa é “Contextualizando a ética na prática profissional”. Seu conteúdo, que embasa todo o fenômeno, possui os conceitos e percepções que os enfermeiros trazem consigo sobre a ética e os dilemas. Equivale isso a dizer que a mesma trata do modo pelo qual a ética é percebida, o que possui relevância para a compreensão do assunto.

Foi uma das primeiras categorias a ser formada, uma vez que os enfermeiros não adentravam, desde logo, nos conflitos éticos vividos, ao contrário, faziam incipientes explanações sobre seus juízos quanto à ética. Tal categoria é formada pelas subcategorias “Compreendendo a aceção de ética” e “Compreendendo o significado de dilemas éticos”.

Em “Compreendendo a aceção de ética”, dois pontos de vista podem ser referidos para explicar o seu entendimento pelos sujeitos, o da formação familiar, que relembra aqueles valores sorvidos com a própria família, e o da formação acadêmica, momento em que é discutida a ética profissional, trazendo à tona conceitos mais formais.

“Compreendendo o significado de dilemas éticos” possui a visão dos enfermeiros sobre o que é um dilema ético. Apesar de algumas incoerências

apresentadas sobre seu conceito, houve um entendimento geral dos sujeitos de que se trata de um conflito particular que envolve escolhas. Desse modo, o dilema assume manifestamente características conceituais próprias quando se refere que o profissional possui mais de um caminho para optar a fim de resolver determinada situação, mas, também, assume elementos gerais quando se menciona que o dilema é um conflito.

Eis porque foi imprescindível a adoção do termo “conflitos éticos em sentido amplo” que foi desmembrado em “conflitos éticos em sentido estrito” e “dilemas éticos”.

O fenômeno tem uma **Causa**, exposta na categoria “Gênese dos conflitos éticos”. A causa é o elemento que propulsiona o conflito, sem a qual o mesmo não existiria. Tem relevância ímpar ao fenômeno por ser sua origem e por determinar o tipo de conflito a ser vivenciado, uma vez que este depende e/ou é influenciado pelo componente que o origina.

Os conflitos éticos vividos possuem origens representadas nas subcategorias “Questões sociais” e “Questões profissionais”.

Os problemas advindos da área social como a falta de estrutura familiar, as deficiências no processo de educação, a falta de trabalho e consequente insuficiência de recursos financeiros, principiam problemas éticos na área da saúde.

Ademais, concorrem substancialmente como causa de conflitos éticos os aspectos profissionais, a partir das lacunas no processo de ensino-aprendizagem sobre a ética. É exemplo o desconhecimento dos limites da competência profissional. Não havendo essa noção, os profissionais podem extrapolar as fronteiras de suas faculdades legais, sob o olhar da formação acadêmica, e causar uma grave situação de impasse ético.

Em “Reconhecendo os conflitos éticos em sentido amplo”, **Categoria Central**, estão os conflitos éticos aludidos pelos enfermeiros participantes da pesquisa, que formam o cerne do fenômeno, aquilo que eles vivem em seu cotidiano quanto à ética no cuidado domiciliar. Foi eleita como categoria central do fenômeno por ser em relação a ela que as demais estão dependentes, é a mais densa de todas e contém a concepção central do fenômeno em estudo que são os conflitos éticos propriamente ditos.

Indispensável a subdivisão em duas subcategorias, “Conflitos éticos em sentido estrito” e “Dilemas éticos”. Ambas comportam os conflitos éticos em sentido amplo que formam a parte principal do fenômeno objeto de estudo.

Embora já tenham sido realizadas deferências sobre essa conceituação, novas considerações se fazem necessárias para tornar mais claro seus motivos.

O vocábulo “conflito” engloba “discussão” (ÁBILA FILHO, 1986, p. 206), ou seja, um conflito ético é uma discussão de natureza ética. No entanto, essa afirmação é bastante ampla, muitos casos podem ser enquadrados como conflitos éticos. Para reforçar essa idéia, recorreu-se ao significado da palavra “discussão” que é “ação de discutir; disputa; contenda; controvérsia, polêmica” (ÁBILA FILHO, 1986, p. 266). “Discutir”, por sua vez, pode significar “fazer questão” (ÁBILA FILHO, 1986, p. 266). E “questão”, por seu turno, denota “pergunta; tese, assunto; contenda; discussão; pendência; conflito; discórdia; negócio” (ÁBILA FILHO, 1986, p. 694).

Desse modo, qualquer discussão, questão ou pendência ética será um conflito ético. Até mesmo o “dilema”, definido como uma “situação embaraçosa” (FERREIRA, 2010, p. 678), pode ser pensado como um conflito, afinal, está-se diante de uma discussão, situação ou questão embaraçosa. Ou seja, o “dilema ético” também é um “conflito ético”, porém com algumas particularidades já vistas. Por assim se considerar, é que se adotaram as expressões conflitos éticos “em sentido amplo” e “em sentido estrito”.

“Conflitos éticos em sentido estrito” inclui os conflitos que não colocam o enfermeiro em dúvida com relação à conduta a ser tomada, são problemas de natureza ética que não levam o profissional a ter que optar por mais de um caminho. Possui como componentes: “Extrapolando a competência profissional”, “Relacionamento com colega e/ou paciente/familiar”, “Violando o sigilo profissional”, “Preconceito”, “Violência”, “Aborto”, “Desrespeito entre os familiares” e “Morte”.

Em “Dilemas éticos” os enfermeiros estão diante dos conflitos que necessariamente envolvem uma escolha entre duas ou mais soluções possíveis para o caso. Esta subcategoria comportou como componentes: “Consentimento da família: a quem respeitar?”, “Capacitação do cuidador: qual o limite?” e “Condições financeiras escassas: como proceder?”.

A vivência de conflitos éticos no domicílio não ocorre da mesma forma para todos os enfermeiros, assim como não acontece sempre de modo idêntico para um único enfermeiro. Problemas éticos alteram-se com o tempo, com as pessoas envolvidas e com o lugar onde ocorrem. Nesse percurso, acontecem fatos inesperados, **Contingência**, que podem alterar a trajetória do fenômeno, modificando a forma com se desenvolvem as questões éticas e, até mesmo, sua resolutividade.

A Contingência, em relação ao fenômeno, contém situações de dificuldades, relatadas pelos enfermeiros, durante a vivência de conflitos éticos no âmbito do cuidado domiciliar de Enfermagem.

Desse modo, os eventos imprevistos foram concentrados na categoria “Encontrando dificuldades para a resolução de conflitos éticos”, subdividida nas subcategorias: “Relacionadas à formação”, “Relacionadas à profissão”, “Relacionadas à equipe”, “Relacionadas ao paciente/familiar” e “Relacionadas a outras instâncias”.

As dificuldades têm uma causa na própria formação do enfermeiro, devido ao déficit de conteúdos sobre ética e cuidado domiciliar. Uma vez que não dominam essas matérias, advêm algumas objeções quanto aos conflitos éticos vivenciados.

Tais dificuldades permanecem durante a atuação profissional pela necessidade de apoio de outros órgãos e profissionais, pela falta de organização da classe e de fiscalização do cuidado domiciliar de Enfermagem e desentendimentos na própria equipe multiprofissional. Também o paciente e sua família criam obstáculos para a resolução quando, por exemplo, não há empenho de familiares para com o paciente. Igualmente, outros órgãos que deveriam ter um papel de colaborador na solução de questões éticas acabam por embaraçar pela demora ou falta de retorno ao enfermeiro, comprometendo todo o trabalho realizado.

Apesar dos óbices, táticas são adotadas para a resolução de conflitos éticos, compondo as **Condições Intervenientes** do fenômeno, representadas pela categoria “Buscando estratégias para a resolução de conflitos éticos”, na qual foram enquadradas as subcategorias “Estratégias próprias do cuidado domiciliar”, “Estratégias subjetivas”, “Estratégias institucionais” e “Rede de apoio”.

Primeiramente, os enfermeiros utilizam-se de estratégias próprias do cuidado domiciliar como a visita domiciliar, primeiro passo para se conhecer o paciente, sua família, suas necessidades, enfim, todo o contexto domiciliar. A seguir, lançam mão de recursos pessoais como respeito, bom senso e conhecimento teórico-científico. Não satisfazendo, empregam os recursos disponíveis na instituição, quando atuam numa, como reuniões multiprofissionais e a capacitação. Se, ainda assim, a dificuldade persistir, buscam-se outros órgãos ou profissionais como contribuição para as dificuldades encontradas.

Por derradeiro, frente a todas as condições de contexto, de causa, de contingência e de interveniência, a vivência de conflitos éticos possui **Consequências** que estão dispostas na categoria “Implicações da vivência de conflitos éticos” que admite como subcategorias: “Necessidade de prática”, “Diferenciando conflitos éticos institucionais dos domiciliares”, “Expressando sentimentos”, “Resolvendo os conflitos éticos” e “Registrando os conflitos éticos”.

Na subcategoria “Necessidade de prática”, as experiências constatadas levaram o enfermeiro a compreender que para vivenciar conflitos éticos é fundamental a prática de cuidado domiciliar e sobre questões éticas e que essa deve ser iniciada na graduação. Dessa maneira, entendem que estarão mais aptos a atuar no cuidado domiciliar e a trabalhar com os problemas éticos advindos dessa área.

Existem diferenças em realizar o cuidado de Enfermagem dentro de uma instituição de saúde e no domicílio do paciente. Consequentemente, os enfermeiros também compreenderam que os problemas éticos que ocorrem nesses dois ambientes são desiguais e necessitam de abordagens, igualmente, díspares.

As dificuldades para enfrentar as questões éticas vivenciadas levam os profissionais a experimentar sentimentos positivos ou negativos. É compreensível que diante de óbices que interferem na prática do enfermeiro, mesmo que indiretamente, surjam frustrações, tristezas; no entanto, é importante que não interfiram na resolução dos conflitos envolvidos e no desenvolvimento do próprio cuidado. Com relação às emoções positivas manifestadas, estas são resultados que tendem a tornar o trabalho do enfermeiro mais agradável, além de facilitar novos confrontos éticos.

Como parte finda do processo, eles ainda resolvem os conflitos éticos e os registram. Resolver os conflitos que se apresentam no cuidado domiciliar não é tarefa fácil, especialmente quando se têm diferentes obstáculos como os apresentados. Porém, por meio da adoção de estratégias, é possível superá-los para se chegar a uma solução e dar continuidade ao cuidado do paciente.

Os registros são realizados de modos diferentes pelos enfermeiros, nem sempre da maneira mais adequada e no local mais apropriado. Entrementes, eles reconhecem a necessidade de registrar todo o cuidado porque, além de interferir na qualidade do mesmo, constitui-se como um respaldo legal para eventuais processos judiciais.

Consoante essas exposições, o fenômeno “Vivenciando conflitos éticos no cuidado domiciliar de Enfermagem” está representado no Diagrama 9, sugerindo o Modelo Seis C’s, adaptado de Glaser (1978).

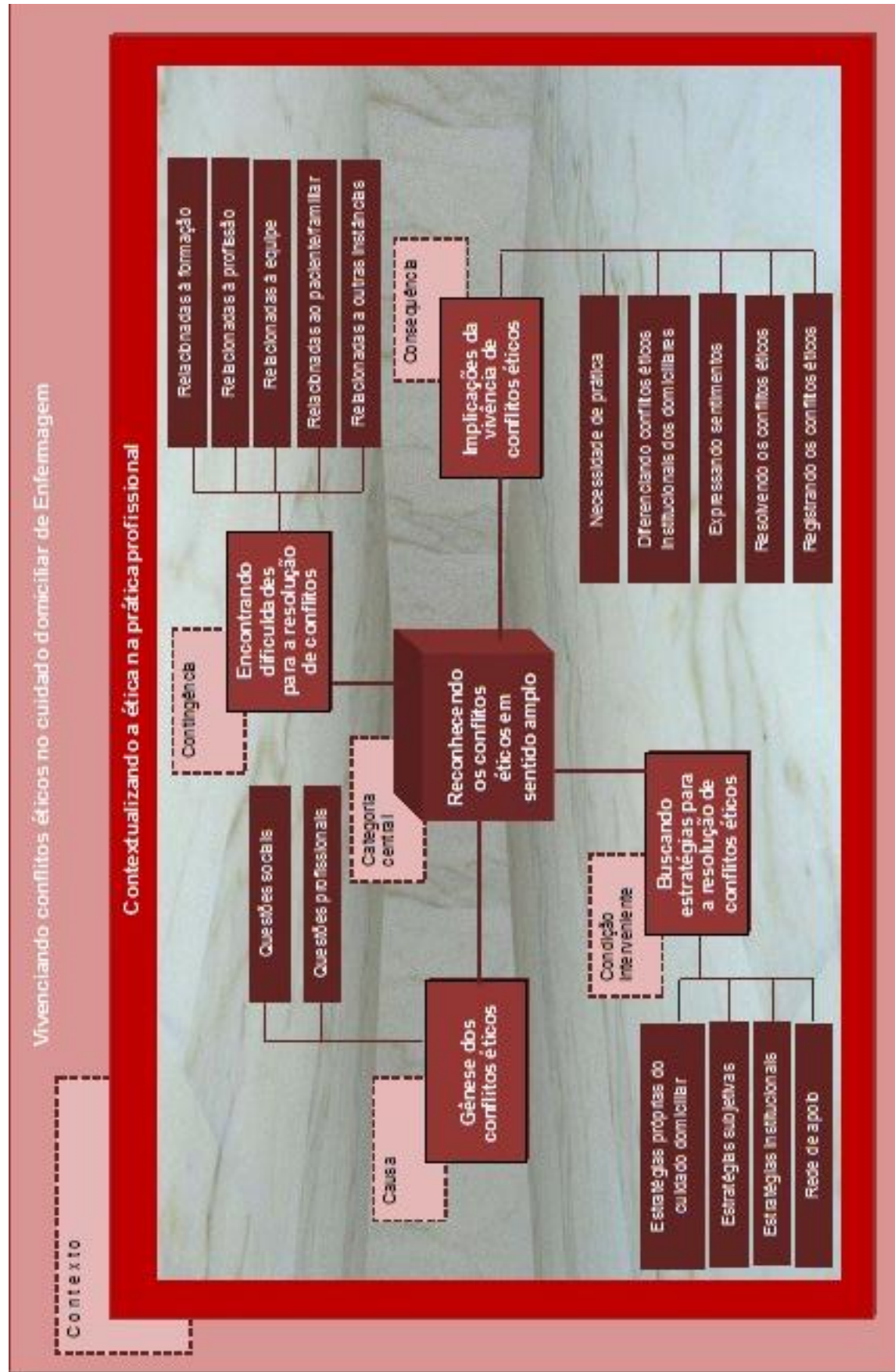


DIAGRAMA 9 – MODELO TEÓRICO DE “VIVENCIANDO CONFLITOS ÉTICOS NO CUIDADO DOMICILIAR DE ENFERMAGEM”
 FONTE: A autora (2011)

6 DISCUSSÃO COM OS AUTORES

Considerada como integrante da última etapa da *Grounded Theory*, a discussão com os autores é irrenunciável, pois realiza a comparação e contraposição do fenômeno interpretado com a literatura existente sobre o tema. Destarte, foram averiguadas referências de algumas das questões encontradas com o decorrer da pesquisa.

Na categoria “Contextualizando a ética na prática profissional” restou claro que os enfermeiros vivenciam mais conflitos que dilemas éticos, sendo que, muitas vezes, seus conceitos são equivocadamente compreendidos.

Nesse sentido, Duarte e Lautert (2006) mostraram que os enfermeiros que atuam em centros cirúrgicos de hospitais macro-regionais vivenciam conflitos e dilemas cotidianamente. Segundo eles (2006), os conflitos ocorrem com maior frequência tendo como principais motivos: a falta de infraestrutura das instituições para atender à demanda, o que leva ao não atendimento de alguns pacientes; o desrespeito; e o erro da equipe. Os dilemas foram relacionados à falta de infraestrutura das instituições (falta de materiais e equipamentos), que faz o profissional ter que optar pelo paciente que será atendido; bem como compartilhar dessas difíceis escolhas com os médicos.

Coelho e Rodrigues (2006) ensinam que para enfrentar dilemas éticos na profissão, enfermeiros necessitam: incrementar a sensibilidade para detectarem a influência da ética na prática profissional; familiarizarem-se com os termos usados nas discussões éticas; reconhecer exemplos concretos de problemas éticos; ampliar o conhecimento a respeito dos paradigmas bioéticos; clarificar os princípios e valores para justificar a tomada de decisão; adequar os meios para a formação continuada dos profissionais de saúde em bioética; estimular a criação de disciplina de bioética e a atualização do acervo bibliográfico; manter foro para diálogos interdisciplinares a respeito de matérias que merecem legislações mais adequadas.

Em “Gênese dos conflitos éticos”, posterior categoria, foram atribuídas algumas causas aos problemas éticos vivenciados. Na subcategoria “Questões

sociais” apontaram-se como origens dos conflitos as deficiências na estrutura familiar e na formação escolar, além da insuficiência de recursos financeiros.

Sobre a educação escolar, a Síntese de Indicadores Sociais de 2009, apresentada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), é de que o país tem feito avanços quando o assunto é promover o acesso à escola, principalmente em relação à educação infantil – faixa que compreende crianças de 0 a 5 anos. No entanto, as deficiências acumuladas dessa fase até a conclusão da educação básica – que inclui a educação infantil, o ensino fundamental e o ensino médio – fazem com que menos da metade das pessoas de 18 a 24 anos economicamente ativas concluam esta etapa (RITTO, 2010).

Quanto à escassez de recursos financeiros, Guimarães *et al.* (2011), por meio da Ouvidoria Coletiva desenvolvida na região da Leopoldina, na cidade do Rio de Janeiro, consideram que a pobreza compromete a saúde das classes populares, sendo que a situação de pobreza absoluta de uma parcela significativa da população foi percebida como geradora de impasses para a resolução de problemas de saúde. Assim, confirmou-se a importância de se compreenderem as estratégias de enfrentamento da população e as propostas para possíveis ações no campo da saúde.

Outro pretexto de conflitos éticos está nas questões próprias da profissão como o despreparo teórico-prático, apontado na subcategoria “Questões profissionais”. Fernandes *et al.* (2008) compreendem que a dimensão ética do fazer cotidiano no processo de formação do enfermeiro se constrói na ação do pensamento crítico, no desenvolvimento da capacidade de reflexão, de análise crítica da sociedade e das próprias relações sócio-educativas dos sujeitos desse processo. Os autores (2008) afirmam que um processo de formação ético não impõe comportamentos, mas potencializa o diálogo, a compreensão, o respeito, a liberdade e a solidariedade, é um agir educacional pautado numa relação entre as noções éticas e as situações vividas pelos sujeitos.

Desse modo, ênfase deve ser dada aos conteúdos de ética e cuidado domiciliar a fim de tornar os futuros enfermeiros mais aptos para enfrentarem problemas sobre aqueles assuntos, na prática e na teoria.

Na categoria central “Reconhecendo os conflitos éticos em sentido amplo”, traz-se à tona diferentes problemas de natureza ética que são vividos pelos enfermeiros, sendo que alguns deles são comuns aos das instituições de saúde. Determinadas situações encontradas podem levar a graves consequências como é o caso da transposição dos limites da competência profissional, da quebra do sigilo profissional, da violência contra o paciente e do aborto; outros não têm implicações legais, mas possuem importante impacto para profissionais e familiares como as questões sobre a morte. Todos esses exemplos estão contemplados na subcategoria “Conflitos éticos em sentido estrito”.

Pesquisa, que objetivou identificar situações eticamente conflituosas de profissionais de saúde no atendimento de adolescentes, mostrou situações semelhantes assim distribuídas: necessidade de quebra do sigilo e da confidencialidade; prática de atividades ilícitas como o tráfico de drogas; violência praticada contra adolescentes; contracepção em menores de 15 anos; negligência familiar; ausência de autonomia do adolescente para as questões de saúde; e falta de registro de informações confidenciais no prontuário (TAQUETTE *et al.*, 2005).

Quanto ao componente “Extrapolando a competência profissional”, o profissional que assume atividades de outrem está sujeito a ser enquadrado no exercício ilegal da profissão, de acordo com o art. 47 da Lei das Contravenções Penais (BRASIL, 1941, p. 156) que dispõe “Exercer profissão ou atividade econômica, ou anunciar que a exerce, sem preencher as condições a que por lei está subordinado o seu exercício constitui em contravenção penal.”

Outra pesquisa realizada ratificou que cuidadores inabilitados realizam ações de competência da Enfermagem, tais como: administração de medicamentos pelas vias oral, intramuscular, subcutânea e pela jejunostomia; aplicação de calor e frio; realização de curativos em drenos, lesões por diabetes e em acessos venosos; cateterismo vesical de alívio; e aspiração endotraqueal (LACERDA; PRZENYCZKA, 2008). Essas atividades oferecem riscos aos pacientes quando realizadas por pessoas sem conhecimento e, de acordo com o caso, pode tratar-se de exercício ilegal da profissão de Enfermagem.

Não raro, a família pensa que contratando outra pessoa para ajudá-la ou para assumir o cuidado pode melhorar a qualidade desse, porém não é o que

ocorre. O cuidado envolve conhecimentos científicos e a presença de um enfermeiro que está capacitado para classificar a complexidade do atendimento, a instabilidade de alguns estados de alterações fisiopatológicas e psicossociais, e que é responsável direto pelo planejamento, organização, avaliação e acompanhamento, que se constitui como o diferencial no atendimento eficaz e de qualidade (LACERDA; PRZENYCZKA, 2008).

Sendo assim, para exercer uma profissão é preciso conhecimento científico, estudo e registro num Conselho Profissional que, também, atua como órgão fiscalizador. Diante disso, é uma questão muito delicada realizar atividades de outros profissionais, mesmo nas hipóteses em que são estritamente necessárias.

No componente “Relacionamento com colega e/ou paciente/familiar”, observou-se a importância da manutenção de uma relação interpessoal aceitável e respeitosa com a equipe multidisciplinar e com o paciente e sua família, tendo em vista a melhoria da qualidade do ambiente de trabalho e do próprio cuidado prestado.

Estudo, que objetivou investigar mecanismos de enfrentamento do estresse utilizados pelos trabalhadores de dezesseis equipes da ESF de Santa Maria/Rio Grande do Sul, apontou para a importância do relacionamento interpessoal entre os membros da equipe para o enfrentamento do estresse laboral e para a necessidade de construção de estratégias coletivas, com o fim de prevenir o estresse e manter a saúde do trabalhador (TRINDADE; LAUTER; BECK, 2009).

Saber se relacionar com o paciente é essencial. É preciso que o enfermeiro deseje envolver-se e acredite que sua presença é tão importante quanto a realização de procedimentos técnicos. Estes nem sempre funcionam tão bem, diante de situações de estresse, como os conhecimentos subjetivos que se revelam na comunicação terapêutica. Assim, é preciso reconhecer que ficar ao lado do paciente para ouvi-lo é uma ação terapêutica e determinante no processo de recuperação da saúde (PONTES; LEITÃO; RAMOS, 2008).

Da mesma forma, é fundamental o relacionamento com a família do paciente, principalmente no cuidado domiciliar onde ela se faz tão presente. Uma análise sobre a repercussão do relacionamento interpessoal enfermeiro e familiar de criança hospitalizada expôs que um ambiente de acolhimento ao acompanhante e a

parceria com o enfermeiro proporciona um pilar de sustentação, um clima emocional positivo na realização do cuidado de Enfermagem e a possibilidade de oferecer educação em saúde ao acompanhante, relevante no cuidado domiciliar pós-alta (MURAKAMI; CAMPOS, 2011).

Catafesta (2008) relembra que o vínculo estabelecido entre enfermeira/paciente/família torna-se infinitamente importante para o cuidado, uma vez que oportuniza estabelecer um relacionamento de confiança entre todas as partes permitindo a anuência, desenvolvimento e continuação do cuidado.

A violação do sigilo profissional é uma questão ética na atenção à saúde bastante presente (PRZENYCZKA; LACERDA; CHAMMA, 2011), o que também pode ser observado no componente “Violando o sigilo profissional”.

Um estudo, com o fim de identificar como usuários do SUS esperam que os profissionais de saúde se comportem quando um dos parceiros de casal heterossexual tem sífilis, mostrou, entre outros resultados, que o profissional é visto como um mediador da situação de revelação de diagnóstico ao parceiro, e alguém de quem esperam orientação e apoio no momento de se falar a verdade (PISANI; ZOBOLI, 2009). Disso, depreende-se a importância do papel do enfermeiro durante a busca de informações do paciente e sua revelação a outrem (PRZENYCZKA; LACERDA; CHAMMA, 2011).

O atual Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (CEPE) - Resolução Cofen 311/2007 - em seu art. 82, traz como dever dos profissionais “Manter segredo sobre fato sigiloso de que tenha conhecimento em razão de sua atividade profissional, exceto casos previstos em lei, ordem judicial, ou com o consentimento escrito da pessoa envolvida ou de seu representante legal” (BRASIL, 2007, p. 82). Portanto, ressalta-se a necessidade dos profissionais de Enfermagem de manterem-se atualizados sobre as regras que circundam a questão do segredo (PRZENYCZKA; LACERDA; CHAMMA, 2011).

Sobre o componente “Preconceito” não foram encontrados muitos estudos, sendo necessária a realização de mais pesquisas sobre o assunto.

Um relato de experiência, sobre o acolhimento de travestis no Programa Saúde da Família da Lapa/Rio de Janeiro, teceu considerações sobre a humanização da relação aluno - profissionais de saúde - usuários, no que concerne

ao direito à saúde. O relato teve como base o fato de que o acesso das travestis aos serviços de saúde pública tem sido pautado pelo preconceito tanto de profissionais quanto de usuários, sendo relatada a relevância de estratégias para promover o acolhimento das travestis pela equipe de saúde, pelos usuários e alunos envolvidos, a partir da lógica do respeito à diversidade (ROMANO, 2008).

Evidente que esse caso de travestis é bem específico, mas suas conclusões são aplicáveis a outros casos de preconceito. Paes (2009), em pesquisa realizada num Pronto Atendimento Adulto de um hospital de Curitiba/PR, evidenciou a presença de preconceito, de estigma e de rejeição dos profissionais de Enfermagem em relação ao paciente com comorbidade clínico-psiquiátrica, o que se distancia de um cuidado humanizado.

Outro componente, ainda na subcategoria “Conflitos éticos em sentido estrito”, trata da “Violência” praticada contra a criança e o idoso.

A violência contra a criança é um problema de saúde pública que ocorre em todo o mundo. A situação torna-se mais preocupante porque, geralmente, o agressor está dentro do ambiente domiciliar. Exemplificadamente, um estudo com o intuito de estimar a prevalência e caracterizar a violência familiar contra 278 crianças adscritas ao Programa Médico de Família de Niterói/Rio de Janeiro, apresentou que: a agressão psicológica ocorreu em 96,7% dos domicílios; o castigo corporal foi referido por 93,8% dos respondentes; e a violência física menor e a grave foram praticadas por 51,4% e 19,8% das famílias, respectivamente, sendo que a mãe foi a principal autora (ROCHA; MORAES, 2011).

Considerando a vulnerabilidade da criança às situações de violência, é necessário desenvolver estratégias específicas de assistência intersetorial e mobilização social para a intervenção sobre esse problema (MASCARENHAS *et al.*, 2010).

Diversa dificuldade, igualmente de saúde pública, é a violência contra o idoso. Numa investigação sobre a magnitude e as características da violência contra 343 idosos no domicílio por pessoas de confiança em Niterói/Rio de Janeiro, adscritos ao Programa Saúde da Família, demonstrou-se que: 43% relataram pelo menos um episódio de violência psicológica; a violência física foi relatada por 9,6% dos entrevistados; 6,1% referiram ocorrência de violência física grave nesse período.

A prevalência das diversas modalidades de violência foi maior entre os idosos mais novos, com maior escolaridade, entre os que apresentam uma das patologias que os caracterizam como tendo uma vulnerabilidade (depressão e/ou incontinência urinária/fecal e/ou diabetes e/ou reumatismo) e entre os que moram com maior número de indivíduos (APRATTO, 2010).

Destarte, fica evidente a necessidade de se discutirem políticas públicas, responsabilidade social e dignidade no envelhecimento, para que valha a pena viver mais, num contexto em que é cada vez maior a expectativa de vida dos idosos. Cabe conscientizar a sociedade a fim de se estabelecerem ações que reprimam a violência ao idoso. Outra questão central diz respeito à necessidade de se aperfeiçoar ainda mais os profissionais de saúde que assistem essa significativa parcela da população (APRATTO, 2010).

Ademais, em casos de violência contra a criança, o idoso ou outro ser humano, o enfermeiro tem a obrigação de se manifestar. De acordo com o que dispõe o art. 34 do CEPE (BRASIL, 2007, p. 82), é proibido “Provocar, cooperar, ser conivente ou omissos com qualquer forma de violência.”

A seguir, o componente “Aborto” trata dos casos de aborto provocado pela paciente ou sua tentativa.

O aborto é um assunto bastante polêmico, no entanto, proibido no Brasil. Segundo o art. 124 do Código Penal (BRASIL, 2010, p. 98) constitui crime “Provocar aborto em si mesma ou consentir que outrem lho provoque”. Igualmente o art. 28 do CEPE (BRASIL, 2007, p. 82) proíbe “Provocar aborto, ou cooperar em prática destinada a interromper a gestação”.

Estudo de corte transversal, que investigou as razões que levaram 2.592 adolescentes a provocarem o aborto, apontou que 21,6% delas tinham vida sexual ativa, destas 7,0% referiram ter engravidado e 26,7% abortado. Medo da reação dos pais, idade, falta de apoio do companheiro e rejeição da gravidez foram razões para provocar o aborto. Como conclusão, o medo da reação dos pais como razão mais frequente sugere a necessidade de novos estudos sobre sexualidade e comunicação entre pais e filhos (CORREIA *et al.*, 2011).

Esclarece-se que o aborto só é permitido se não há outro meio de salvar a vida da gestante ou se a gravidez resulta de estupro (BRASIL, 2010). Nessas

condições, o CEPE faculta ao profissional decidir, de acordo com a sua consciência, sobre a sua participação ou não no ato abortivo (BRASIL, 2007).

A seguir, no componente “Desrespeito entre os familiares” são arrolados como exemplos de questões éticas presenciadas as brigas entre os componentes da família. É algo que deve ser trabalhado pelo enfermeiro com o intuito de melhor prestar o cuidado ao paciente.

O relato de uma situação clínica identificou a vulnerabilidade de uma família que experienciava uma situação de doença e hospitalização de um filho; a vulnerabilidade apareceu nas interações da família com a doença, com a própria família e a equipe de saúde, e serviu de guia para o planejamento do cuidado de Enfermagem. As intervenções realizadas permitiram o fortalecimento da família para enfrentar a situação (PETTENGILL, ANGELO, 2008).

Mais um conflito ético, inserido na subcategoria “Conflitos éticos em sentido estrito”, diz respeito à morte (componente “Morte”). Ponto relatado pelos enfermeiros refere-se às dúvidas da família sobre o processo da morte. Torres (2011, p. 113) afirma:

Que absurdo morrer!!! Mas todos morremos; então não é absurdo (=contrário à razão). A morte está íntima e inseparavelmente ligada à vida. Não se pode nem afirmar que é a sua antítese porque, na verdade, é o seu destino derradeiro e inevitável, da mesma forma que o porto final é o destino de uma viagem. Quero dizer: o fim de uma viagem é, na verdade, o seu objetivo, a razão de ela ter existido. Cada ser vivo, gerado em um instante X, vai evoluir, naturalmente, para a morte, variando apenas o tempo que irá decorrer entre os dois momentos. Cada espécie tem uma média de duração temporal.

No cuidado domiciliar, apesar da potencialidade em prestar um cuidado multidimensional para a família, pela proximidade com a realidade, em algumas situações, o enfermeiro se centra no cuidado técnico-científico, visando à cura daquele que está diante da morte, paradigma fortemente difundido durante a formação profissional. Sofre com o distanciamento da alta tecnologia presente em outros níveis de atendimento à saúde, a qual poderia mascarar a situação de terminalidade vivenciada. Nessa perspectiva, é importante o investimento em estudos sobre situações ligadas à família, à doença, à morte e o morrer, o que

favorecerá discussões e a construção de uma Enfermagem mais humana e pronta para atuar em situações inerentes ao cuidado (VALENTE; TEIXEIRA, 2009).

Lidar com a morte do outro traz reflexões sobre nossa própria morte. Cuidar de quem se encontra na iminência da morte exige mais do que conhecimentos acerca da doença ou das características de um paciente em fase terminal. O agir ético nesse tipo de situação envolve uma espécie de consciência que só pode ser desenvolvida quando se sente a essência, a individualidade do paciente. Como na ética, para cuidar não existem regras, apenas orientações que nem sempre podem ser generalizadas. Se a ética reside no bem e na virtude, talvez seja preciso voltar os olhares para um atendimento humanizado, para o cuidado nem sempre atrelado à recompensa da cura (SOUZA; SOUZA; SOUZA, 2005).

Na subcategoria “Dilemas éticos”, integrante da categoria “Reconhecendo os conflitos em sentido amplo”, destacam-se os relacionados ao consentimento da família e à capacitação do cuidador.

O componente “Consentimento da família: a quem respeitar?” evidencia o dilema do profissional quando os familiares responsáveis pelo paciente fornecem consentimentos diferentes, levando à dúvida de qual se deve seguir.

Para Hirschheimer, Constantino e Oselka (2010, p. 128), o consentimento informado é:

o registro em prontuário de uma decisão voluntária, por parte do paciente ou de seus responsáveis legais, tomada após um processo informativo e esclarecedor, para autorizar um tratamento ou procedimento médico específico, consciente de seus riscos, benefícios e possíveis consequências. Deve documentar que o paciente foi informado a respeito das opções de tratamento, se existirem.

Com relação a esse conceito, ressalva-se que o consentimento não é somente para procedimento médico e, sim, para o de todos os demais profissionais da área da saúde.

Todo paciente tem direito a participar das decisões relacionadas ao seu cuidado e tratamento. Visando conhecer como ocorre o respeito da Enfermagem aos direitos de pacientes hospitalizados, um estudo apontou a necessidade das enfermeiras priorizarem seu tempo para a orientação de pacientes, além de envidarem esforços para assegurar o respeito aos direitos dos pacientes de serem

previamente esclarecidos e de darem seu consentimento (CHAVES; COSTA; LUNARDI, 2005).

No entanto, quando o paciente está impossibilitado de fazê-lo, a incumbência de fornecer o consentimento cabe ao responsável legal. De acordo com o art. 27 do CEPE (BRASIL, 2007, p. 82), é proibido “Executar ou participar da assistência à saúde sem o consentimento da pessoa ou de seu representante legal, exceto em iminente risco de morte.”

O Estatuto da Criança e do Adolescente (BRASIL, 1990) define que o consentimento informado sempre deverá ser obtido de ambos os genitores, a não ser que um deles tenha sido afastado judicialmente desse direito.

Não é rara a impossibilidade de obter o consentimento de um ou de ambos os genitores, considerando-se as inúmeras situações de constituição familiar da sociedade contemporânea, como divórcios com guarda compartilhada dos filhos e possível litígio entre os responsáveis legais; um ou ambos os genitores (geralmente o pai) omissos ou ausentes e não-localizáveis; abrigo do menor por membro da família expandida (geralmente uma das avós) sem que tal guarda tenha sido legalmente estabelecida (HIRSCHHEIMER; CONSTANTINO; OSELKA, 2010).

Sobre o consentimento do responsável pelo idoso, o que dificulta é quem nem sempre ele possui um responsável legal definido. Nesse casos, o enfermeiro deve estar atento para escolhas que atendam ao paciente da melhor maneira possível. Afinal, entre os princípios fundamentais previstos no CEPE (BRASIL, 2007, p. 81) consta que:

A Enfermagem é uma profissão comprometida com a saúde e qualidade de vida da pessoa, família e coletividade. O Profissional de Enfermagem atua na promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, com autonomia e em consonância com os preceitos éticos e legais.

Com relação ao componente “Capacitação do cuidador: qual o limite?”, algumas deferências já foram abordadas.

Estudo realizado, especificamente no cuidado domiciliar de Enfermagem, explorou o dilema ético relacionado com o ensino de atividades ao cuidador domiciliar que se encontram na esfera de competência legal do enfermeiro. Segundo os autores, para paciente e/ou familiar que não possuem condições de contratar um

profissional qualificado, é frequente o ensino de determinadas atividades da Enfermagem para que seja dada continuidade aos cuidados. No entanto, o cuidador não possui o devido preparo e conhecimento, fato que pode acarretar prejuízos à saúde do paciente (PRZENYCZKA; LACERDA, 2009).

À luz do Decreto n.º 94.406/87, entre as atividades privativas do enfermeiro estão cuidados diretos a pacientes graves, de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos científicos. Em outras palavras, cuidadores leigos não podem assumir determinados cuidados. Ademais, eles não possuem habilitação para a prática da Enfermagem e de suas atividades, contrariando a exigibilidade da Lei nº 7.498/86 de habilitação legal e de registro no respectivo Conselho (BRASIL, 1986).

Por outro lado, o enfermeiro tem o dever de proporcionar a continuidade dos cuidados realizados e está envolvido com a saúde e qualidade de vida das pessoas, família e coletividade, como disposto na Resolução Cofen 311/2007 (BRASIL, 2007). Tal comprometimento se concretiza não só pela realização de técnicas, mas, também, pelo ensino do cuidador domiciliar que dará continuidade aos cuidados do paciente. Esse dever está disposto na referida Resolução, a qual prevê que a Enfermagem aja na promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde (BRASIL, 2007). Igualmente, o anexo da Resolução Cofen 267/2001 estabelece que o enfermeiro atue na função educativa, promovendo processos construtivos para a melhoria da qualidade de vida do cliente em domicílio (BRASIL, 2001).

Na categoria “Encontrando dificuldades para a resolução de conflitos éticos”, destacam-se as questões previstas na subcategoria “Relacionadas à formação”, que compreendem a necessidade de superar problemas ligados à insuficiência de conteúdo de ética e de cuidado domiciliar nos cursos de graduação em Enfermagem.

Quanto à subcategoria elencada, considera-se que o tema “ética, dilemas e conflitos” seja mais estudado porque se faz presente no cenário da saúde e no cotidiano da prática de cuidado dos enfermeiros. A ampliação do conhecimento poderá proporcionar maior clareza conceitual, suscitar discussões e, assim, dar subsídios para esses profissionais (PRZENYCZKA *et al.*, 2011).

Hermann (2011), na pesquisa que realizou, visualizou que ao existir uma carga horária específica para o ensino do cuidado domiciliar ampliam-se os

conhecimentos dos acadêmicos nessa área. Assim sendo, podem ser adotadas como estratégias maior integração dos conteúdos com outras disciplinas, discussões conceituais, criação de projetos de Iniciação Científica e Extensão, criação de grupos de pesquisa, realização de parcerias com US's de Distritos Sanitários diferentes, entre outras, com o intuito de contribuir para a vivência em cuidado domiciliar na graduação em Enfermagem e estimular os acadêmicos a atuar no domicílio.

Sobressaem, igualmente, as dificuldades previstas na subcategoria “Relacionadas à profissão” como os limites impostos pela profissão e a falta de fiscalização do cuidado domiciliar.

Como visto anteriormente, os enfermeiros podem agir até certo ponto, além do qual podem incorrer em exercício ilegal da profissão. O CEPE, por seu turno, proíbe, aos enfermeiros, auxiliares e técnicos em Enfermagem, a prestação de serviços que, por sua natureza, competem a outro profissional (exceto em caso de emergência) e executar ou determinar a execução de atos contrários ao Código de Ética e às demais normas que regulam o exercício da Enfermagem (BRASIL, 2007).

Inclusive, para o CEPE, aqueles profissionais têm direito de negar-se a executar atividades que não sejam de sua competência técnica, científica, ética e legal ou que não ofereçam segurança ao profissional, à pessoa, família e coletividade (BRASIL, 2007).

A falta de fiscalização do cuidado domiciliar de Enfermagem foi tida como empecilho para a resolução de conflitos éticos. De fato, essa é uma área cuja fiscalização é deficiente, apesar disso, adverte-se que o profissional da Enfermagem tem papel participativo nesse processo.

Nessa perspectiva, o CEPE prevê como dever do profissional a colaboração com a fiscalização de exercício profissional e como direito requerer informações acerca de normas e convocações (BRASIL, 2007).

Quanto às dificuldades relacionadas ao comportamento entre os membros da equipe multiprofissional, subcategoria “Relacionadas à equipe”, o enfermeiro não pode, apenas, preocupar-se com os cuidados técnicos ao paciente. Deve estar apto para atuar como intermediário e facilitador do relacionamento entre o grupo de

profissionais, afinal, múltiplos são os fatores que envolvem o cuidado como é o caso da administração de conflitos entre os diferentes integrantes da equipe.

Acredita-se que para ser um enfermeiro qualificado e competitivo além do saber fazer, desenvolvido pelas habilidades técnico-científicas, é imperioso investir nas habilidades humanas, saber gerir pessoas. É preciso aprender a gerenciar conflitos e visualizá-los de forma positiva e construtiva, percebê-los como potencial de crescimento do grupo em busca de objetivos comuns, não reprimi-los e, sim, deixá-los florescer e controlar a situação para que não haja abuso (CORRADI; ZGODA; PAUL, 2008).

Corroborando, Braga, Dyniewicz e Campos (2008) expressam que em administração surge a necessidade de desenvolver um novo estilo, voltado para o diálogo e o trabalho em equipe, uma vez que as pessoas, com suas características individuais, necessidades sociais, materiais e psicológicas, influenciam comportamentos com reflexos no ambiente de trabalho.

Em “Buscando estratégias para a resolução de conflitos éticos” destacam-se elementos próprios do cuidado domiciliar, subjetivos, institucionais e aqueles que compõem a rede de apoio, cada qual inserido em uma subcategoria.

Sobre a subcategoria “Estratégias próprias do cuidado domiciliar”, cita-se a visita domiciliar como essencial, sem a qual o cuidado domiciliar tornar-se-ia inviável. A visita aproxima a equipe de saúde ao indivíduo, à família e à comunidade, expandindo a compreensão do universo social em que vivem as famílias, devendo ser realizada mediante processo racional, com objetivos definidos e pautados nos princípios de eficiência (SOSSAI; PINTO, 2010).

Entre seus benefícios e vantagens estão, entre outros: melhora do estado geral de saúde da população em razão das medidas preventivas possibilitadas durante o cuidado; favorecimento aos profissionais do difícil exercício de saber ouvir, indispensável para a efetivação do vínculo entre profissional e paciente; contribuição para a mudança nos padrões de comportamento; possibilidade de antecipação do diagnóstico, personalização do atendimento e maior orientação aos pacientes e família (SOSSAI; PINTO, 2010).

Na subcategoria “Estratégias subjetivas”, menciona-se o respeito como forma de resolver conflitos éticos no cuidado domiciliar de Enfermagem. Catafesta

(2008) afirma que uma das primeiras atitudes do enfermeiro no domicílio é ter respeito pelo paciente/família, sabendo que nem sempre o que é correto para eles é correto para o profissional; inclusive, muitas vezes, o enfermeiro precisa passar por cima de certos valores pessoais, para que isto não interfira no cuidado.

Ainda nesta categoria, refere-se a busca individual por aprimoramento, outra forma encontrada para se resolver conflitos éticos. Nesse contexto, frisa-se o dever do profissional da Enfermagem, disposto no art. 14 do CEPE (BRASIL, 2007, p. 82), de “Aprimorar os conhecimentos técnicos, científicos, éticos e culturais, em benefício da pessoa, família e coletividade e do desenvolvimento da profissão.” O CEPE é tão enfático nessa questão que trata do assunto em outros artigos como os 2º e 3º (BRASIL, 2007, p. 81), segundo os quais é direito dos profissionais:

Artº. 2º - Aprimorar seus conhecimentos técnicos, científicos e culturais que dão sustentação a sua prática profissional.

Art. 3º - Apoiar as iniciativas que visem ao aprimoramento profissional e à defesa dos direitos e interesses da categoria e da sociedade.

Evidenciam-se, entre as “Estratégias institucionais”, a capacitação promovida pela instituição empregadora como meio para se promover a vivência de conflitos éticos.

Assim como o profissional tem o dever de buscar seu aperfeiçoamento, os locais de trabalho devem promover e incentivar essa prática. A propósito, segundo Juliani e Kurcgant (2010), a educação continuada pode ser um importante indicador do gerenciamento da Enfermagem, sendo que as condições institucionais são essenciais para a garantia do processo de desenvolvimento das pessoas.

Sobre o tema, o art. 69 do CEPE (BRASIL, 2007, p. 82) informa como dever das organizações empregadoras “Estimular, promover e criar condições para o aperfeiçoamento técnico, científico e cultural dos profissionais de Enfermagem sob sua orientação e supervisão.”

Outro mecanismo utilizado para a resolução de conflitos éticos é uso da rede de apoio, contido na subcategoria de mesmo nome “Rede de apoio”. Para estar apto a atuar no ambiente de cuidado domiciliar, o profissional de saúde deve compreender certas peculiaridades como a equipe interdisciplinar, o contexto

domiciliar, o paciente, a família, o cuidador e as redes sociais de apoio (CATAFESTA; LACERDA, 2008).

A necessidade de redes na atenção domiciliar é premente, pois a chegada do indivíduo adoecido representa alterações na vida de toda a família; surgem dificuldades de adaptação que podem, muitas vezes, ser amenizadas ou até solucionadas por meio de recursos disponíveis em redes de apoio (GOMES, 2009). Nesse contexto, apoio e redes sociais são recursos aplicáveis à Enfermagem, uma vez que seus objetivos visam aprimorar a qualidade de vida das famílias e, ainda, promover, fortalecer e manter seu bem-estar (PEDRO; ROCHA; NASCIMENTO, 2008).

A rede de apoio utilizada para a resolução de conflitos éticos é indispensável porque muitas das questões vivenciadas não estão sob o alcance da resolutividade completa do enfermeiro ou da família, sendo necessário dividir as responsabilidades com outros órgãos e profissionais, tanto por uma questão de competência quanto para a solubilidade dos problemas do paciente.

Em “Implicações da vivência de conflitos éticos”, enfatiza-se a necessidade de prática, durante a graduação, sobre questões de natureza ética de forma a preparar o futuro profissional; o reconhecimento de que os conflitos vivenciados no domicílio possuem particularidades em relação aos institucionais; a expressão de sentimentos; e a importância de registrar os fatos que ocorrem durante a prática dos enfermeiros.

Com relação à subcategoria “Necessidade de prática”, realça-se que o sucesso da aprendizagem depende de situações reais de vida. É desejável que o graduando de Enfermagem tenha consciência que as relações humanas são importantes em qualquer situação de aprendizagem (FERNANDES; FREITAS, 2007).

Nesse sentido, é importante frisar que esse processo não deve estar focado somente no professor, contudo deve pautar-se, igualmente, no aluno. Uma pesquisa exploratório-descritiva mostrou que um dos pontos mais significativos em relação à mudança no contexto da formação na faculdade é deslocar para o aluno o foco do processo de aprender e ensinar. O aluno deve ser incentivado a buscar ativamente a

autonomia, passar de ouvinte para alguém que critica e constrói o conhecimento (PEREIRA; CHAOUCHAR, 2010).

Na subcategoria “Diferenciando conflitos éticos institucionais dos domiciliares”, restou claro que o espaço domiciliar é diferente do institucional, assim como as situações que ocorrem em cada um deles.

O cuidado domiciliar é uma alternativa de reorganização do sistema de saúde, exequível, humanizadora e com potencial de resolutividade. Pode-se constatar que não há um único e restrito objeto de trabalho, pois, ora este é composto por um sujeito carente de cuidados, ora pela sua família (KERBER; KIRCHHOF; CEZAR-VAZ, 2008).

Para atuar nessa área, são necessárias habilidades como flexibilidade para se adaptar às situações encontradas, boa comunicação para manter um adequado relacionamento interpessoal no domicílio, saber ouvir e aceitar o que é colocado pela família, observar o contexto domiciliar, as relações familiares, condições econômicas, entre outros, que permitem compreender aspectos que possam interferir no processo saúde-doença (CATAFESTA, 2008). É notório, portanto, que o cuidado domiciliar tem suas peculiaridades e que necessita de profissionais capacitados na sua gestão e execução (HERMANN, 2011).

Considerando tantas particularidades, torna-se evidente que os conflitos éticos que ocorrem no cuidado domiciliar possuem diferenças em relação aos demais.

Para Lacerda (2000), a dinâmica do cuidado domiciliar é diferente das instituições hospitalares. É preciso preparo para intervir em situações de crise, desenvolver postura clínica e constante estudo, obter informações sobre o paciente, sua história, problemas, necessidades e, também, sobre o porquê da presença do profissional e do cuidado. O cuidado domiciliar requer atenção, preparo referente à própria capacidade, à formação profissional e à situação vivenciada.

Durante sua prática profissional, nos diferentes locais de trabalho, o enfermeiro revela diferentes sentimentos como os expostos na subcategoria “Expressando sentimentos”.

Numa investigação que teve como um de seus objetivos compreender os sentimentos diante da morte do recém-nascido no espaço da UTI, emergiram

sentimentos como culpa, fracasso e negação (SILVA; VALENÇA; GERMANO, 2010). Outro estudo, para compreender as vivências de enfermeiros no atendimento a mulheres que sofreram violência sexual, identificou sentimentos de impotência, medo, revolta, alívio, satisfação pessoal, gratificação. São citadas como estratégias para suplantar os sentimentos negativos a capacitação técnica e atividades de apoio psicológico (REIS *et al.*, 2010).

Especificamente no cuidado domiciliar, acadêmicos de Enfermagem demonstraram um misto de sentimentos: invasão, estranheza, incômodo, vergonha, apreensão, interesse, novidade. Essa diversidade é normal, pois eles estão habituados a desempenhar atividades em ambiente hospitalar ou US e, ao se depararem com o domicílio, sentem-se invadindo o espaço do outro, precisam pedir licença para entrar e para realizar o cuidado. Estranham a situação, pois estão acostumados com as rotinas hospitalares e no domicílio há uma inversão de papéis, já que pacientes e familiares possuem suas próprias rotinas (HERMANN, 2011).

Outra subcategoria a ressaltar é “Registrando os conflitos éticos”. Historiar todo o trabalho da Enfermagem é imperativo para o cuidado do paciente, com o intuito de acompanhar sua evolução, e para fins de respaldo legal.

Estudo que analisou 114 registros de prontuários identificou que 88,6% não apresentavam a identificação da categoria funcional nem as medidas terapêuticas tomadas pelos vários membros da equipe; que 90,35% eram ausentes de informação sobre os procedimentos prescritos pelo médico e realizados pela Enfermagem; e que 85,96% não continham informação quanto às respostas específicas dos pacientes à terapêutica recebida. Concluiu-se que os registros estavam deficientes, por não retratarem o cuidado prestado, por isso foram invalidados com respeito aos aspectos éticos e legais (ASSUNÇÃO; DALRI, 2010).

Infelizmente, o registro tem sido pouco realizado por enfermeiros que trabalham de forma autônoma. Atenta-se para as disposições do CEPE (BRASIL, 2007, p. 82), segundo o qual é dever dos profissionais da Enfermagem:

Art. 25 - Registrar no Prontuário do Paciente as informações inerentes e indispensáveis ao processo de cuidar.

Art. 41 - Prestar informações, escritas e verbais, completas e fidedignas necessárias para assegurar a continuidade da assistência.

Para aqueles que atuam de forma autônoma, é imprescindível a criação de meios alternativos para se registrar o cuidado, é o que determina o art. 71 do CEPE (BRASIL, 2007, p. 82) “Incentivar e criar condições para registrar as informações inerentes e indispensáveis ao processo de cuidar.

Oguisso e Schmidt (2010) asseveram que na modalidade de atendimento domiciliar as anotações precisam ser feitas com cuidado redobrado, já que o prontuário deve permanecer no próprio domicílio do paciente. Em empresas de *home care* deve-se manter cópia de todas as anotações, como forma de assegurar a continuidade dos serviços.

As mesmas autoras (2010) concluem relatando que a Enfermagem deve buscar e manter o mais elevado padrão de registros/anotações por parte de seu pessoal, o que facilitará a realização de auditorias, atenderá a propósitos legais e servirá como importante fonte de pesquisa, além de promover a comunicação, a proteção da equipe e a eficiência dos serviços.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Concretizar esta pesquisa foi um desafio desde o princípio por diferentes motivos. Houve a imprecisão quanto à conceituação de conflitos e dilemas éticos e à opção por um ou outro termo. Primordialmente, decidiu-se pelo vocábulo “dilema”, sendo descrito seu conceito com base em dicionaristas de prestígio e feita sua inclusão no objetivo anteriormente proposto, qual seja, “desenvolver um modelo teórico que contemple a vivência de **dilemas** éticos no cuidado domiciliar de Enfermagem”.

A partir da aplicação do instrumento de coleta de dados, na forma de um pré-teste a três enfermeiros, constatou-se outra objeção. Tais enfermeiros mostraram dificuldades em compreender o que é um dilema e exemplificá-lo. Realizaram-se adaptações conforme os problemas apresentados e as orientações dos membros da banca de qualificação de Mestrado.

Não obstante, com a coleta e análise dos dados, observou-se que remanesceram alguns equívocos, por parte dos sujeitos entrevistados, com relação ao correto entendimento do que é um dilema. Por conseguinte, foram mencionadas muitas situações éticas como dilemas, mas, que na verdade, eram conflitos éticos, se observadas as definições adotadas. Essas situações não puderam ser desprezadas, seja pela frequência em que apareceram nos dados, seja pela relevância que possuem no cuidado domiciliar de Enfermagem, cujos estudos que abordam o tema são poucos.

Desse modo, decidiu-se por ajustar uma das palavras do objetivo, agora redigido como “desenvolver um modelo teórico que contemple a vivência de **conflitos** éticos no cuidado domiciliar de Enfermagem”. Ressalta-se que essa mudança não trouxe ou traz nenhum demérito para este estudo por dois peculiares motivos. Primeiro, houve respeito aos dados que emergiram da coleta e não seria ético ignorá-los, uma vez que são eles que mostram como o fenômeno é vivenciado. Segundo, o conflito é um nome genérico que abarca o dilema; este, portanto, é, apenas, uma espécie de conflito.

Outra dificuldade foi a construção da compreensão dos enfermeiros sobre os dilemas éticos. Como afirmado, há grande ambiguidade quanto à sua definição que, no entanto, não impediu sua elaboração. Nesse contexto, destaca-se que alguns mencionaram que os dilemas éticos não são de sua responsabilidade, não sendo de sua competência resolvê-los, ou seja, são extrínsecos à profissão. Por ser um equívoco, esse entendimento não foi levado em consideração na análise dos dados, apesar disso, decidiu-se fazer essa explanação como forma de alerta aos profissionais para a apropriada percepção do alcance de seus encargos éticos e legais.

Outrossim, foi desafiante utilizar como metodologia a *Grounded Theory*, a qual não tive contato até então. Ao mesmo tempo, foi essencial para a construção do modelo teórico proposto, especialmente no que diz respeito à sua flexibilidade, ao permitir o acréscimo de novos questionamentos durante o desenvolvimento da pesquisa. Por se tratar de um assunto pouco discutido e diante das dificuldades apresentadas pelos sujeitos em se falar de ética no cuidado domiciliar, outras questões tiveram que ser inseridas no instrumento de coleta de dados.

Esclarece-se que ao afirmar que a *Grounded Theory* é flexível, não significa asseverar que os dados são coletados e analisados a esmo. Existem etapas a serem executadas e só por meio delas é que foi possível interpretar o fenômeno objeto deste estudo. Etapas essas trabalhosas que exigiram apreciável empenho e respeito aos seus princípios.

Considero que a fase mais árdua foi a escolha do modelo teórico adaptável ao fenômeno em estudo em virtude do grau de abstração realizado. Ademais, no Brasil, não há tantas pesquisas que se utilizaram da *Grounded Theory*, o que não permite comparações, embaraçando a compreensão da aplicação dos modelos teóricos na prática. Ainda assim, trata-se de uma metodologia eficaz para o objetivo indicado e sugiro que outros estudos de Enfermagem ou outra área utilizem-na.

Ulterior etapa, igualmente complicada, é a construção do modelo teórico em forma de diagrama. É fato que ele tende a facilitar o entendimento e a visualização, assim como estruturar os conceitos encontrados durante a pesquisa, todavia, sua construção requer muita aproximação com o fenômeno de estudo e esforço para que os leitores tenham o mesmo juízo que os pesquisadores.

Quanto ao fenômeno em si, qual seja, a vivência de conflitos éticos no cuidado domiciliar de Enfermagem, seu estudo foi algo realmente almejado e feito com muito prazer e, ressalva-se que, atingiu-se o objetivo descrito.

Foi possível fazer um levantamento de alguns conflitos éticos que são vivenciados pelos enfermeiros no cuidado domiciliar, algo pouco abordado no contexto da profissão. Consecutivamente, os resultados encontrados contribuem com uma pequena parcela para o conhecimento científico nessa área da Enfermagem, porém, ainda há muito a avançar, são imprescindíveis novos estudos sobre o cuidado domiciliar e as questões éticas envolvidas.

Não foi possível somente o reconhecimento dos tipos de conflitos vividos, foi-se além dessa perspectiva, uma vez que houve toda uma interpretação da vivência de conflitos éticos. Dos dados, insurgiram as causas dos conflitos, os percalços enfrentados, as estratégias adotadas para a sua resolução e as consequências de toda essa vivência. São implicações que podem, efetivamente, contribuir para a prática dos profissionais e, quiçá, serem utilizadas como referência para a solução de algumas ocorrências éticas no âmbito do cuidado domiciliar.

Demonstrou-se que o tema “ética” é tratado com muita dificuldade pelos profissionais, sendo corroborados problemas, também, para se debater sobre o “cuidado domiciliar”. Para sanar esses entraves, há a necessidade de aprofundamento no conhecimento da ética e de investimentos no ensino do cuidado domiciliar de Enfermagem, não contemplado por todas as instituições de ensino.

Entrementes, os enfermeiros devem empreender esforços para se manterem atualizados sobre os diferentes aspectos de sua profissão, inclusive os envolvidos com aqueles assuntos, afinal, possuem uma quantia de responsabilidade sobre seu próprio aperfeiçoamento. Devem procurar aprimorar-se por meio de estudos individuais, leitura de artigos, participação em congressos, realização de pesquisas, entre outros. Ademais, devem estar alertas para a capacitação de sua equipe a fim de viabilizar as intervenções de natureza ética.

Além dessas deferências, atenta-se para as situações éticas que estão ocorrendo dentro do domicílio, um espaço privado onde nem todos têm acesso. Destarte, o enfermeiro que atua no cuidado domiciliar tem papel fundamental como

advogado do paciente, tendo a obrigação de denunciar casos de violência ou qualquer outro descumprimento da legislação.

Apesar das benesses oportunizadas nesta pesquisa, alguns temas devem ser melhor trabalhados futuramente como: o uso de conceitos como “conflito”, “dilema”, “ética”, e a sua aplicação nas diversas áreas da Enfermagem e não só no cuidado domiciliar; a vivência da ética e do cuidado domiciliar, por parte dos acadêmicos, nos cursos de graduação em Enfermagem; outras estratégias de enfrentamento de conflitos éticos; o emprego de mais pesquisas com a *Grounded Theory* na Enfermagem; a criação de modelos teóricos sobre diferentes matérias na área da saúde; outros estudos com o mesmo objetivo em locais diversos e/ou com grupos amostrais dessemelhantes.

Acrescenta-se que análises efetuadas por outros pesquisadores, com o mesmo objeto de pesquisa e utilizando-se da mesma metodologia, podem mostrar resultados diferentes e modelos teóricos, igualmente, distintos. Por isso, a importância em se dar continuidade a pesquisas sobre essa matéria.

A par dessas discussões, espera-se ter colaborado com a edificação do conhecimento da Enfermagem, mesmo que de modo ínfimo, considerando-se a grande quantidade de estudos a serem realizados. Por derradeiro, os enfermeiros não podem se olvidar de que são profissionais empenhados com a saúde das pessoas, devendo realizar a sua prática pautados nos princípios éticos da profissão.

REFERÊNCIAS

ABBAGNANO, N. **Dicionário de filosofia**. São Paulo: Martins Fontes, 2007.

ÁBILA FILHO, J. **Moderno dicionário enciclopédico brasileiro**. 20. ed. Curitiba: Editora Educacional Brasileira S.A., 1986.

APRATTO JÚNIOR, P. C. A violência doméstica contra idosos nas áreas de abrangência do Programa Saúde da Família de Niterói (RJ, Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 6, p., set. 2010.

ASSUNÇÃO, R. C.; DALRI, M. C. B. Avaliação dos aspectos éticos e legais dos registros de Enfermagem. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 9, n.4, p. 676-681, out./dez. 2010.

BIANCHI, E. M. P. G.; IKEDA, A. A. **Analisando a Grounded Theory em Administração**. 16 f. Trabalho Acadêmico (Administração) - Curso de Administração, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008. Disponível em: <http://www.ead.fea.usp.br/semead/9semead/resultado_semead/trabalhosPDF/62.pdf>. Acesso em: 09/06/2010.

BÍBLIA SAGRADA. Traduzida em português por João Ferreira de Almeida. 2. ed. Barueri, SP: Sociedade Bíblica do Brasil, 1993.

BICALHO, C. S.; LACERDA, M. R., CATAFESTA, F. Refletindo sobre quem é o cuidador familiar. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 13, n. 1, p. 118-123, 2008.

BOCCHI, S. C. M.; JULIANI, C. M. C. M.; SPIRI, W. C. S. **Métodos qualitativos de pesquisa**: uma tentativa de desmistificar a sua compreensão. Trabalho Acadêmico (Enfermagem) - Departamento de Enfermagem – Faculdade de Medicina – UNESP, Botucatu, 2008.

BOFF, L. **Ética e moral**: a busca dos fundamentos. Petrópolis: Vozes, 2003.

BOURGET, Irmã M. M. M. **Programa Saúde da Família**. Manual para o curso introdutório. São Paulo: Martinari, 2005.

BRAGA, J. P.; DYNIEWICZ, A. M.; CAMPOS, O. de. Tendências no relacionamento humano na área da saúde. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 13, n. 2, p. 290-295, abr./jun. 2008.

BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem. Lei nº 7.498, de 26 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 26 jun. 1986. Seção 1, p. 9.273-9.275.

BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução Cofen 267, de 5 de outubro de 2001. Aprova atividades de Enfermagem em Domicílio *Home Care*. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 9 nov. 2001.

BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução Cofen 270, de 18 de abril de 2002. Aprova a Regulamentação das empresas que prestam Serviços de Enfermagem Domiciliar - *home care*. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 18 abr. 2002.

BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução Cofen 290, de 24 de março de 2004. Fixa as especialidades de enfermagem. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 24 mar. 2004.

BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução Cofen 311, de 8 de fevereiro de 2007. Aprova a reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 13 fev. 2007. Seção 1, p. 81-83.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 196, de 10 de outubro de 1996. **Diário Oficial [da] União**, Brasília, DF, 16 out. 1996. Seção 1, p. 21.082-21.085.

BRASIL. Decreto-lei n. 3.688, de 3 de outubro de 1941. In: Saraiva, Pinto ALT, Windt MCVS, Céspedes L, colaboradores. **Código Penal: Constituição Federal e legislação complementar**. 16. ed. São Paulo: Saraiva; 2010. p. 150-159.

BRASIL. Lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990. Estatuto da Criança e do Adolescente. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 16 jul. 1990. Seção 1, p. 13.564-13.577.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada - RDC n. 11, de 26 de janeiro de 2006. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 30 jan. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.527, de 27 de outubro de 2011. Redefine a atenção domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial [da] União**, Brasília, DF. Seção 1, p. 44-46.

BRASIL. Saraiva, Pinto ALT, Windt MCVS, Céspedes L, colaboradores. **Código Penal: Constituição Federal e legislação complementar**. 16. ed. São Paulo: Saraiva; 2010.

BREHMER, L. C. de F.; VERDI, M. Acolhimento na atenção básica: reflexões éticas sobre a atenção à saúde dos usuários. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 3, p. 3.569-3.578, jan./nov. 2010.

CAMARGO, T. B. de. **Vivência do cuidado de si do trabalhador de saúde frente o acidente com fluídos biológicos: contribuições da Enfermagem**. 161 f. Dissertação (Enfermagem) - Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2009.

CATAFESTA, F. **Desenvolvendo competências para a prática do cuidado domiciliar: experiência da enfermeira**. 118 f. Dissertação (Enfermagem) - Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2008.

CATAFESTA, F.; LACERDA, M. R. Skills of nurses needed for the development of home care: reflection. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v. 7, n. 2, 2008. Disponível em: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2010.2876/html_124>. Acesso em: 30/12/2010.

CASSIANI, S. de B.; CALIRI, M. H. L.; PELÁ, N. T. R. A teoria fundamentada nos dados como abordagem da pesquisa interpretativa. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 4, n. 3, p. 75-88, dez. 1996.

CHAMMA, R. de C. **Dilemas éticos encontrados no ensino de enfermagem em saúde mental e psiquiátrica**. 122 f. Tese (Enfermagem) - Escola de Enfermagem da USP, São Paulo, 2002.

CHAUÍ, M. **Convite à filosofia**. 13. ed. São Paulo: Ática, 2009.

CHAVES, A. A. B; MASSAROLLO, M. C. K. B. Percepção de enfermeiros sobre dilemas éticos relacionados a pacientes terminais em Unidades de Terapia Intensiva. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 43, n. 1, p. 30-36, 2009.

CHAVES, P. L.; COSTA, V. T.; LUNARDI, V. L. A Enfermagem frente aos direitos de pacientes hospitalizados. **Texto e Contexto de Enfermagem**, Florianópolis, v. 14, n. 1, p. 38-43, jan./mar. 2005.

COELHO, L. C. D.; RODRIGUES, R. A. P. Conflitos éticos na revelação de informações – parte I. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 5, supl., p. 33-41, 2006.

CORRADI, E. M.; ZGODA, L. T. R. W.; PAUL, M. de F. B. O gerenciamento de conflitos entre a equipe de Enfermagem. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 13, n. 2, p. 184-193, abr./jun. 2008.

CORREIA, D. S. *et al.* Prática de abortamento entre adolescentes: um estudo em dez escolas de Maceió (AL, Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2.469-2.476, 2011.

CORTINA, A. **Ética mínima**: introdução à filosofia prática. São Paulo: Martins Fontes, 2009.

CORTINA, A.; MARTÍNEZ, E. **Ética**. São Paulo: Loyola, 2005.

DANTAS, C. C. *et al.* Teoria fundamentada nos dados - aspectos conceituais e operacionais: metodologia possível de ser aplicada na pesquisa em enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 17, n. 4, p. 573-579, jul./ago. 2009.

DARKWNWALD, G. G. **Field Research and Grounded Theory**. Capítulos, 2005, p. 64-77. Disponível em: <http://www-distance.syr.edu/cach5.html>. Acesso em: 30/09/2011.

DEY, I. **Grounding grounded theory**: guidelines for qualitative inquiry. San Diego: Academic Press, 1999.

DUARTE, L. E. de M. N. **A ação dos enfermeiros frente a conflitos e dilemas éticos vivenciados em centro cirúrgico**. 138 f. Dissertação (Enfermagem) – Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2004.

DUARTE, L. E. de M. N.; LAUTERT, L. Conflitos e dilemas de enfermeiros que trabalham em centros cirúrgicos de hospitais macro-regionais. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 27, n. 2, p. 209-218, jun. 2006.

DUARTE, Y. A. O.; DIOGO, M. J. D. **Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico**. São Paulo: Atheneu, 2000.

FAVERO, L. *et al.* Os conhecimentos envolvidos no cuidado domiciliar de Enfermagem: revisão integrativa da produção científica. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v. 8, n. 3, 2009a. Disponível em: < http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2009.2557/html_49 >. Acesso em: 30/10/2010.

FAVERO, L. *et al.* Aspectos relevantes sobre o cuidado domiciliar na produção científica da enfermagem brasileira. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 13, n. 4, p. 585-591, out./dez. 2009b.

FERNANDES, J. D. *et al.* Dimensão ética do fazer cotidiano no processo de formação do enfermeiro. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 42, n. 2, p. 396-403, 2008.

FERNANDES, M. de F. P.; Freitas, G. F. de. A construção do conhecimento do graduando de enfermagem: uma abordagem ético-social. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 60, n. 16, p. 62-67, jan./fev., 2007.

FERREIRA, A. B. H. **Novo dicionário Aurélio da língua portuguesa**. 4. ed. Curitiba: Positivo, 2009.

FERREIRA, A. B. H. **Novo dicionário Aurélio da língua portuguesa**. 5. ed. Curitiba: Positivo, 2010.

FIELD, P. A.; MORSE, J. M. **Nursing research: the application of qualitative approaches**. Maryland: Aspen Publication, 1985.

FRANÇA, I. S. X. de *et al.* Enfermagem e práticas esportivas: aprendendo com os dilemas éticos. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 60, n. 6, p. 724-727, nov./dez., 2007.

FRANÇA, I. S. X. de; BAPTISTA, R. S.; BRITO, V. R. de S. Dilemas éticos na hemotransfusão em Testemunhas de Jeová: uma análise jurídico-bioética. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 21, n. 3, p. 498-503, 2008.

FREITAS, G. F. de. Conceituação sobre direito e normas éticas e legais. In: OGUISSO, T. (Org.). **Trajetória histórica e legal da enfermagem**. Barueri: Manole, 2005, p. 159-172.

FREITAS, G. F. de; OGUISSO, T.; MERIGHI, M. A. B. Motivações do agir de enfermeiros nas ocorrências éticas de enfermagem. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 19, n. 1, p. 76-81, 2006.

FREITAS, G. F. de; OGUISSO, T. Perfil de profissionais de enfermagem e ocorrências éticas. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 489-494, 2007.

GAARDER, J. **O mundo de Sofia**: romance da história da filosofia. 73ª impressão. São Paulo: Companhia das Letras, 1995, reimpressão 2010.

GARRAFA, V. Introdução à bioética. **Revista do Hospital Universitário**, São Luís, v. 6, n. 2, p. 9-13, 2005.

GEOVANINI, T. *et al.* **História da Enfermagem**: versões e interpretações. 2. ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2002, 5ª reimpressão 2005.

GLASER, B. G. **Advances in the methodology of Grounded Theory**: theoretical sensitivity. 3. ed. California: The Sociology Press, 1978.

GLASER, B. G. New Theoretical Coding. In_____. **The Grounded Theory Perspective III**. Sociology Press, 2005. p.17-30.

GLASER, B.; STRAUSS, A. **Discovery of grounded theory**. Chicago: Aldine, 1967.

GOMES, I. M. G. **Correlações entre rede social de apoio e cuidado domiciliar**. Monografia (Conclusão de Curso) - Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2009.

GONÇALVES, R. *et al.* Modelo das iniciativas de comércio electrónico em Organizações Portuguesas. **Interciência**, v. 33, n. 2, p. 120-128, fev. 2008. Disponível em: < <http://www.scielo.org/ve/pdf/inci/v33n2/art08.pdf> >. Acesso em: 10/08/2010.

GUIMARÃES, M. B. L. *et al.* Os impasses da pobreza absoluta: a experiência da Ouvidoria Coletiva na região da Leopoldina, Rio de Janeiro (RJ, Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 291-300, 2011.

HAIG, B. D. **Grounded Theory as Scientific Method**. Philosophy of education society. Disponível em: <http://www.ed.uiuc.edu/EPS/PESyearbook/95_docs/haig.html>. Acesso em: 17/10/2010.

HERMANN, A. P. **A vivência em cuidado domiciliar na graduação em Enfermagem**. 122 f. Dissertação (Enfermagem) – Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2011.

HIRSCHHEIMER, M. R.; CONSTANTINO, C. F.; OSELKA, G. W. Consentimento informado no atendimento pediátrico. **Revista Paulista Pediátrica**, São Paulo, v. 28, n. 2, p. 128-133, 2010.

HOLANDA, A. Questões sobre pesquisa qualitativa e pesquisa fenomenológica. **Análise Psicológica**, Lisboa, v. 3, n. 24, p. 363-373, 2006.

HOUAISS, A.; VILLAR, M. de S. **Dicionário Houaiss da língua portuguesa**. 1. ed. Rio de Janeiro: Objetiva, 2009.

JULIANI, C. M. C. M.; KURCGANT, P. Educação continuada e gerência participativa: indicadores de qualidade. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 9, n. 3, p. 456-463, jul./set. 2010.

KERBER, N. P. da C.; KIRCHHOF, A. L. C.; CEZAR-VAZ, M. R. Considerações sobre a atenção domiciliária e suas aproximações com o mundo do trabalho na saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, p. 485-493, mar. 2008.

KLOCK, A. D.; HECK, R. M.; CASARIM, S. T. Cuidado domiciliar: a experiência da residência multiprofissional em saúde da família/UFPel-MS/BID. **Texto e Contexto de Enfermagem**, Florianópolis, v. 14, n. 2, p. 237-245, abr./jun. 2005.

LACERDA, M. R. **Ações e interações da enfermeira no cuidado domiciliar**. Florianópolis, 1998. Projeto de Exame de Qualificação (Curso de Doutorado em Filosofia da Enfermagem)- Universidade Federal de Santa Catarina.

LACERDA, M. R. **Tornando-se profissional no contexto domiciliar - vivência do cuidado da enfermeira**. 219 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2000.

LACERDA, M. R. Cuidado domiciliar: em busca da autonomia do indivíduo e da família – na perspectiva da área pública. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2.621-2.626, 2010.

LACERDA, M. R.; PRZENYCZKA, R. A. Exercício (i)legal da Enfermagem: a realidade do cuidador informal. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 13, n. 3, p. 343-351, jul./set., 2008.

LEGEWIE, H.; SCHERVIER-LEGEWIE, B. Research is hard work, it's always a bit suffering. Therefore on the other side it should be fun. Anselm Strauss in conversation with Heiner Legewie and Barbara Schervier-Legewie. **Forum Qualitative Sozialforschung/Forum: Qualitative Social Research**, v. 5, n. 3, art. 22, 2004. Disponível em: <<http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs0403222>>. Acesso em: 30/10/2010.

LOPES, A. D. Empresas já atendem 30 mil pacientes em casa por mês. In: **O Estado de São Paulo**, São Paulo, 14 fev. 2006. Caderno A, p. 14.

LOURENÇO, C. D. S; FERREIRA, P. A.; ROSA, A. R. Etnografia e Grounded Theory na pesquisa de marketing de relacionamento no mercado consumidor: uma proposta metodológica. **Revista de Administração Mackenzie**, São Paulo, v. 9, n. 4, edição especial, p. 99-124, 2008.

MAFFIOLETTI, V. L. R. LOYOLA, C. M. D. A nova profissão de “cuidador” de Idosos e suas implicações éticas. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, p. 283-292, ago. 2003.

MANUAL do *home care* para médicos e enfermeiras. São Paulo: Sistema Rimed de Home Care, 1999.

MARTINS, S. K.; LACERDA, M. R. O atendimento domiciliar à saúde e as políticas públicas em saúde. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, v. 9, n. 2, p. 148-156, abr./jun. 2008.

MARTINS, J. de J. *et al.* O cuidado no contexto domiciliar: o discurso de idosos/familiares e profissionais. **Revista de Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 556-562, out./dez. 2009.

MASCARENHAS, M. D. M. *et al.* Violência contra a criança: revelando o perfil dos atendimentos em serviços de emergência, Brasil, 2006 e 2007. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, p.347-357, v. 26, n. 2, fev. 2010.

MCEWEN, M.; WILLS, E. M. **Bases teóricas para Enfermagem**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

MOREIRA, A. A profissionalização da enfermagem. In: OGUISO, T. (Org.). **Trajetória histórica e legal da Enfermagem**. Barueri: Manole, 2005, p. 98-119.

MORSE, J. M. *et al.* **Developing Grounded Theory: the second generation**. Walnut Creek: Left Coast Press Inc, 2009.

MURAKAMI, R.; CAMPOS, C. J. G. Importância da relação interpessoal do enfermeiro com a família de crianças hospitalizadas. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 64, n. 2, p. mar./abr. 2011.

NICO, L. S. *et al.* A grounded theory como abordagem metodológica para pesquisas qualitativas em odontologia. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, p. 789-797, mai./jun. 2007.

OGUISO, T.; SCHMIDT, M. J. **O exercício da Enfermagem: uma abordagem ético-legal**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.

OGUISO, T.; SCHMIDT, M. J. Anotações de Enfermagem no exercício profissional. In: OGUISO, T.; SCHMIDT, M. J. **O exercício da Enfermagem: uma abordagem ético-legal**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010, p. 116-125.

OGUISSO, T.; SCHMIDT, M. J.; FREITAS, G. F. de. Ética e Bioética na Enfermagem. In: OGUISSO, T.; SCHMIDT, M. J. **O exercício da Enfermagem: uma abordagem ético-legal**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabra Koogan, 2010, p. 94-101.

PAIM, A. **Tratado de ética**. Londrina: Edições Humanidades, 2003.

PAES, M. R. **Cuidado de enfermagem ao paciente com comorbidade clínicopsiquiátrica no pronto atendimento de um hospital geral**. 144 f. Dissertação (Enfermagem) - Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2009.

PEDREIRA, L. C. *et al.* Experiência de implantação e funcionamento de um programa público de assistência domiciliar. **Revista Enfermagem Atual**, Petrópolis, v. 55, p. 33-35, 2010.

PEDRO, I. C. S.; ROCHA, S. M. N.; NASCIMENTO, L. C. Apoio e rede social em enfermagem familiar: revendo conceitos. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 16, n. 2, p. 324-327, mar./abr. 2008.

PEGORARO, O. **Ética dos maiores mestres através da história**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2006.

PEREIRA, W. R.; CHAOUCHAR, S. H. Identificação de novas práticas pedagógicas na percepção dos docentes de um curso de Enfermagem. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 9, n. 1, p. 99-106, jan./mar. 2010.

PETTENGILL, M. A. M.; ANGELO, M. Identificação da vulnerabilidade da família na prática clínica. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 40, n. 2, p. 280-285, 2006.

PETTENGILL, M. A. M.; RIBEIRO, C. A. A teoria fundamentada nos dados. In: MATHEUS, M. C. C.; FUSTINONI, S. M. **Pesquisa qualitativa em enfermagem**. São Paulo: Livraria Médica Paulista, 2006, p. 89-98.

PISANI, J. P.; ZOBOLI, E. L. C. P. Doenças sexualmente transmissíveis: preservar a confidencialidade do marido ou proteger a saúde da mulher? **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 14, n. 3, p. 475-482, jul./set., 2009.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. **Fundamentos da pesquisa em enfermagem**. 5. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2004.

PONTES, A. C.; LEITÃO, I. M. T. A.; RAMOS, I. C. Comunicação terapêutica em Enfermagem: instrumento essencial do cuidado. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 61, n. 3, p. 312-318, mai./jun. 2008.

POTTER, P. A.; PERRY, A. Gn. **Fundamentos de enfermagem**. 6. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2005. v. 1, p. 413-429. Original inglês.

PRZENYCZKA, R. A.; LACERDA, M. R. Dilemas éticos no ensino do cuidado domiciliar de enfermagem. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 8, n. 4, p. 586-593, out./dez. 2009.

PRZENYCZKA, R. A.; LACERDA, M. R.; CHAMMA, R. C. Sigilo profissional: quando revelar? **Enfermagem em Foco**, Brasília, v. 2, n. 2, p. 145-148, mai. 2011.

PRZENYCZKA, R. A. *et al.* Dilemas éticos que influenciam a prática da enfermagem: revisão sistemática. **Revista Tendências da Enfermagem Profissional**, Fortaleza, v. 3, n. 2, p. 415-418, jun. 2011.

REINALDO, M. A. S.; ROCHA, R. M. Visita domiciliar de enfermagem em saúde mental: idéias para hoje e amanhã. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 4, n. 2, p. 36-41, 2002. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/revista4_2/pdf/visita.pdf>. Acesso em: 10/9/2010.

REIS, M. J. dos *et al.* Vivências de enfermeiros na assistência à mulher vítima de violência sexual. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 44, n. 2, p. 325-331, 2010.

RITTO, C. Ensino médio, o gargalo da educação no Brasil. **Veja**, Rio de Janeiro, 17 setembro 2010.

ROCHA, P. C. X.; MORAES, C. L. Violência familiar contra a criança e perspectivas de intervenção do Programa Saúde da Família: a experiência do PMF/Niterói (RJ, Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 7, p. 3.285-3.296, jul. 2011.

ROMANO, V. F. As travestis no Programa Saúde da Família da Lapa. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 17, n. 2, p. 211-219, abr./jun. 2008.

ROSEN, G. **Uma história da saúde pública**. São Paulo: Hucitec, 1994.

SANTOS, L. L. S.; PINTO, M. R. Fenomenologia, interacionismo simbólico e Grounded Theory: um possível arcabouço epistemológico-metodológico interpretacionista para a pesquisa em administração? In: Encontro anual da associação nacional de pós-graduação e pesquisa em administração, Rio de Janeiro. **Anais...** Rio de Janeiro: Anpad: 2007. 1 CD-ROM.

SANTOS, N. C. M. **Home care: a Enfermagem no desafio do atendimento domiciliar**. 1. ed. São Paulo: Iátria, 2005.

SILVA, L. C. S. P.; VALENÇA, C. N.; GERMANO, R. M. Estudo fenomenológico sobre a vivência da morte em uma unidade de terapia intensiva neonatal. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 63, n. 5, p. 770-774, set./out. 2010.

SOSSAI, L. C. F.; PINTO, I. C. A visita domiciliária do enfermeiro: fragilidades X potencialidades. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 9, n. 3, p. 569-576, jul./set. 2010.

SOUZA, C. R.; LOPES, S. C. F.; BARBOSA, M. A. A. A contribuição do enfermeiro no contexto de promoção à saúde através da visita domiciliar. **Revista da UFG**, Goiânia, v. 6, n. especial, dez. 2004.

SOUZA, L. B. de; SOUZA, L. E. E. M. de; SOUZA, A. M. A. e. A ética no cuidado durante o processo de morrer: relato de experiência. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 58, n. 6, p. 731-734, nov./dez. 2005.

STRAUSS, A.; CORBIN, J. **Pesquisa qualitativa: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

TAFFNER, V. B. M. **Dilemas éticos: a percepção de enfermeiros de instituições de medicina diagnóstica**. 108 f. Dissertação (Enfermagem) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.

TAQUETTE, S. R. *et al.* Conflitos éticos no atendimento à saúde de adolescentes.

Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 21, n. 6, p. 1.717-1.725, nov./dez. 2005.

TORRES, J. Doença, dor, sofrimento e morte. **Revista Bioethikos**, São Paulo, v. 5, n. 1, p. 113-114, 2011.

TRIGUEIRO, T. H.; LABRONICI, L. M.; RAIMONDO, M. L.; PAGANINI, M. C. Dilemas éticos vividos pelos enfermeiros diante da ordem de não reanimação. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 9, n. 4, p. 721-727, out./dez. 2010.

TRINDADE, L. de L.; LAUTERT, L.; BECK, C. L. C. Mecanismos de enfrentamento utilizados por trabalhadores esgotados e não esgotados da Estratégia de Saúde da Família. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 17, n. 5, p. 607-612, set./out. 2009.

TURATO, E. R. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 3, p. 507-514, 2005.

VALENTE, S. H.; TEIXEIRA, M. B. Estudo fenomenológico sobre a visita domiciliária do enfermeiro à família no processo de terminalidade. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 43, n. 3, p. 655-661, 2009.

VÁSQUEZ, A. S. **Ética**. 20. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2000.

ZEM-MASCARENHAS, S. H.; BARROS, A. C. T. O cuidado no domicílio: a visão da pessoa dependente e do cuidador. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 11, n. 1, p. 45-54, 2009. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n1/v11n1a06.htm>>. Acesso em: 12/10/2010.

ZOBOLI, E. L. C. P. Bioética: gênese, conceituação e enfoques. In: OGUISSO, T.; ZOBOLI, E. (Org.). **Ética e bioética: desafios para a enfermagem e a saúde**. São Paulo: Manole, 2006.

APÊNDICES

APÊNDICE 1 – ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA: PRÉ-TESTE	161
APÊNDICE 2 – ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA.....	162
APÊNDICE 3 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	163

APÊNDICE 1 – ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA: PRÉ-TESTE

Nome: _____

Data: ____/____/____

Grupo amostral:

- () Unidade de Saúde
- () Empresa de *home care*
- () Trabalhador sem vínculo empregatício

- O que você entende por dilema ético?
- Quais os dilemas éticos que você vivencia no cuidado domiciliar?
- Quem são os envolvidos nessas questões?
- Quais as suas ações para as questões mencionadas? Você discute com outros profissionais sobre a resolução desses dilemas? Com quais profissionais? Procura o órgão de classe para resolver?
- Como reflete a conduta tomada?
- Quais as suas maiores dificuldades para resolução desses dilemas éticos?
- O que facilita a resolução dos dilemas éticos?
- Considera diferenças entre os dilemas éticos vivenciados no domicílio e dentro de uma instituição de saúde?
- Seu aprendizado, durante a graduação, foi suficiente para a vivência de dilemas éticos? Por quê?
- Gostaria de abordar mais algum aspecto não contemplado?

APÊNDICE 2 – ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

Nome: _____

Data: ____/____/____

Grupo amostral:

- () Unidade de Saúde
- () Empresa de *home care*
- () Trabalhador sem vínculo empregatício

- Como é sua vivência sobre as questões éticas no cuidado domiciliar?
- Quais as questões éticas que você vivencia no cuidado domiciliar?
- Quem são os envolvidos nessas questões?
- Quais as suas ações nas questões mencionadas? Você discute com outros profissionais sobre a resolução dessas questões? Com quais profissionais? Procura o órgão de classe para resolver?
- O que dificulta a resolução dessas questões éticas?
- O que facilita a resolução dessas questões éticas?
- Considera diferenças entre as questões éticas vivenciadas no domicílio e dentro de uma instituição de saúde?
- Seu aprendizado, durante a graduação, foi suficiente para a vivência de questões éticas? Por quê?
- O que você entende por dilema ético?
- Das questões mencionadas, quais você considera que são dilemas éticos?
- Relate um dilema específico que você vivenciou.
- Gostaria de abordar mais algum aspecto não contemplado?

APÊNDICE 3 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

- 1) Você, enfermeiro, está sendo convidado a participar de um estudo intitulado “**Dilemas éticos no cuidado domiciliar de Enfermagem**”. Por meio de pesquisas que ocorrem os avanços importantes em todas as áreas, e sua participação é fundamental.
- 2) Os objetivos da pesquisa são: interpretar como os enfermeiros vivenciam os dilemas éticos no âmbito do cuidado domiciliar; e desenvolver um modelo teórico que contemple a vivência de dilemas éticos por enfermeiros no cuidado domiciliar. Um “dilema” é uma situação embaraçosa com dois caminhos difíceis e diferentes.
- 3) Se você participar, será necessário responder uma entrevista com perguntas relacionadas à sua vivência de dilemas éticos no âmbito do cuidado domiciliar, com duração, aproximada, de 30 minutos.
- 4) A pesquisa não acarretará em malefícios e prejuízos monetários, morais ou à sua saúde e trará o benefício de sua contribuição para elaboração de recomendações e um plano de ação em cuidado domiciliar.
- 5) As pesquisadoras são: Dr^a Maria Ribeiro Lacerda, Professora Adjunta da Universidade Federal do Paraná (UFPR), e-mail lacerda@milenio.com.br, telefone (41) 3253-5043; e Ramone Aparecida Przenyczka, Mestranda em Enfermagem da UFPR, e-mail przenyczka@yahoo.com.br, telefone 3426-9051, que poderá ser contada a partir das 18:00 hrs. Os responsáveis poderão esclarecer eventuais dúvidas a respeito desta pesquisa.
- 6) Estão garantidas todas as informações que você queira, antes durante e depois do estudo.
- 7) Sua participação é voluntária. Você pode se recusar a participar ou, se aceitar, retirar seu consentimento a qualquer momento.
- 8) A sua entrevista será gravada, respeitando-se completamente o anonimato.
- 9) As informações, se divulgadas em relatório ou publicação, será feito sob forma de códigos, para que a **confidencialidade** seja mantida, respeitando-se, também o anonimato. Não aparecerá seu nome.
- 10) Todas as despesas necessárias para a realização da pesquisa são da responsabilidade das pesquisadoras.
- 11) Pela sua participação você não receberá qualquer valor em dinheiro.

Eu, _____, li o texto acima e compreendi a natureza e objetivo da pesquisa da qual fui convidado a participar. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação no estudo a qualquer momento sem justificar minha decisão. Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo.

(Assinatura do sujeito de pesquisa)

(Assinatura do pesquisador responsável)

Curitiba, ____ de _____ de 2011.

ANEXO - APROVAÇÃO DO PROJETO DE PESQUISA PELO COMITÊ DE ÉTICA
EM PESQUISA



Ministério da Educação
Universidade Federal do Paraná
Setor de Ciências da Saúde
Comitê de Ética em Pesquisa



Curitiba, 04 de outubro de 2010

Ilmo (a) Sr. (a)
Ramone Aparecida Przenyczka

Nesta

Prezado (a) Pesquisador (a),

Comunicamos que o Projeto de Pesquisa intitulado **“Dilemas éticos no cuidado domiciliar à saúde”**, está de acordo com as normas éticas estabelecidas pela Resolução CNS 196/96, foi analisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da UFPR, em reunião realizada no dia 22 de setembro de 2010.

Registro **CEP/SD: 998.123.10.09** **CAAE: 0058.0.085.091--1**

Conforme a Resolução CNS 196/96, solicitamos que sejam apresentados a este CEP, relatórios sobre o andamento da pesquisa, bem como informações relativas às modificações do protocolo, cancelamento, encerramento e destino dos conhecimentos obtidos.

Data para entrega do relatório final ou parcial: 22/03/2011

Atenciosamente


Prof. Dra. Liliana Maria Labronici
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa
Prof. Dra. Liliana Maria Labronici
Coordenador do Comitê de Ética
em Pesquisa - SD/UFPR

Rua Padre Camargo, 280 – Alto da Glória – Curitiba-Pr. – CEP: 80060-240
Fone/fax: 41-360-7259 – e-mail: cometica.saude@ufpr.br